

Année 1899

N°

## THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juin 1899, à 1 heure*

PAR

Pitre **LEGRY**

## RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE

ET

## DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

## HYSTÉRIE, MODALITÉ DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

*Président : M. JOFFROY, Professeur.**POTAIN, Professeur.**Juges : MM. { DUPRÉ, Agrégé.**GILLES de la TOURETTE, Agrégé.**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

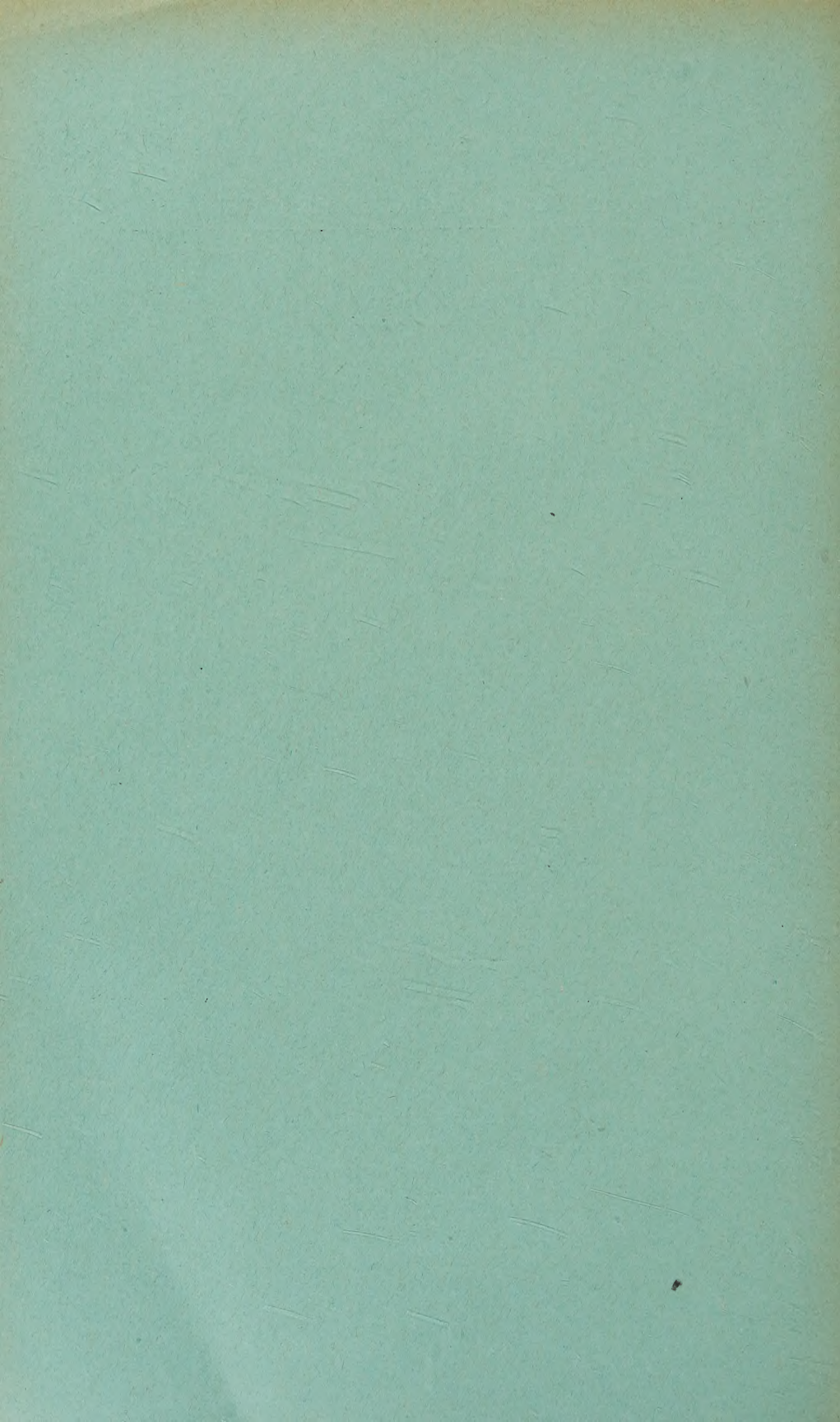
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899



# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juin 1899, à 1 heure*

PAR

**Pitre LEGRY**

## RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE

ET

## DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

## HYSTÉRIE, MODALITÉ DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

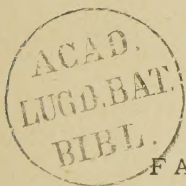
*Président : M. JOFFROY, Professeur.*

*Juges : MM. { POTAIN, Professeur.*

*DUPRÉ, Agrégé.*

*GILLES de la TOURETTE, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1899

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. BROUARDEL.  |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | TERRIER.       |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.....                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | N.             |
|                                                                    | CHANTEMESSE.   |
| Clinique médicale.....                                             | POTAIN.        |
|                                                                    | JACCOUD.       |
|                                                                    | HAYEM.         |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | GRANCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | JOFFROY.       |
|                                                                    | RAYMOND.       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | BERGER.        |
|                                                                    | DUPLAY.        |
|                                                                    | LE DENTU.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | TILLAX.        |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.....                                       | GUYON.         |
|                                                                    | BUDIN.         |
|                                                                    | PINARD.        |

### Agrévés en exercice.

| MM.            | MM.          | MM.        | MM.        |
|----------------|--------------|------------|------------|
| ACHARD.        | DUPRÉ.       | LEPAGE.    | THIROLOIX. |
| ALBARRAN.      | FAURE.       | MARFAN.    | THOINOT.   |
| ANDRÉ.         | GAUCHER.     | MAUCLAIRE. | VAQUEZ.    |
| BONNAIRÉ.      | GILLES DE LA | MÉNÉTRIÉR. | VARNIER.   |
| BROCA Auguste. | TOURETTE.    | MÉRY.      | WALLICH.   |
| BROCA André.   | HARTMANN.    | ROGER.     | WALTHER.   |
| CHARRIN.       | LANGLOIS.    | SEBILEAU.  | WIDAL.     |
| CHASSEVANT.    | LAUNOIS.     | TEISSIER.  | WURTZ.     |
| DELBET.        | LEGUEU.      | THIÉRY.    |            |
| DESGREZ.       | LEJARS.      |            |            |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique des maladies mentales  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin de l'Asile Ste-Anne  
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES  
DE NANTES ET DE PARIS

## Avant-Propos

Arrivé au terme de nos études et à la veille d'aborder l'exercice de la médecine, c'est pour nous un devoir bien doux, d'adresser à tous nos maîtres l'expression de notre gratitude.

Aussi, les assurons nous, dès aujourd'hui, que nous nous efforcerons sans cesse dans notre carrière de mettre à profit leur précieux enseignement.

Mais avant d'entrer dans le vif de notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer, plus particulièrement, notre reconnaissance à plusieurs de nos maîtres, qui méritent à nos yeux une mention spéciale.

Il nous est agréable d'offrir l'hommage de notre profonde gratitude à Messieurs les Professeurs A. Malherbe, directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes ; Andouard ; Rappin ; Guillemet ; Montfort.

M. A. Monnier, chef des travaux pratiques d'Anatomie et d'histologie, à l'Ecole de Médecine de Nantes, médecin des Hôpitaux, a droit à toute notre reconnaissance : nous n'oublierons jamais, que c'est auprès de ce maître, que nous avons appris à diriger nos premiers pas dans la

voie médicale ; et que nous avons toujours trouvé en lui un sage conseiller, et un ami en même temps qu'un maître.

Nous remercions bien vivement notre distingué professeur et ami, M. le Docteur G. Sourdille, qui a toujours mis à notre disposition, et son temps, et ses conseils.

Nous assurons de notre vive reconnaissance, M. le Professeur Bonnaire, pour l'amabilité avec laquelle il nous a fait l'honneur de nous recevoir dans son service, à l'hôpital Lariboisière : nous avons puisé à son enseignement de sages conseils. Nous lui adressons ici tous nos remerciements.

Merci à MM. les Docteurs Miraillié, médecin des Hôpitaux de Nantes ; Antheaume et Dufour, chefs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, pour les conseils qu'il nous ont donnés au cours de notre thèse.

M. le Docteur Antheaume a droit tout particulièrement à notre reconnaissance : c'est lui qui nous a guidé et toujours assisté de ses conseils éclairés.

Merci à mon ami Desjars, dont l'amitié nous a été d'un si précieux secours durant nos études médicales.

M. le Professeur Joffroy a bien voulu nous autoriser à puiser un certain nombre de nos observations dans son riche service et c'est avec le plus grand profit que nous avons suivi son savant enseignement ; il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous ne saurions trop lui savoir gré de cet honneur.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de nos plus respectueux hommages et de notre vive reconnaissance.

## **Considérations générales — Plan**

### **Division du sujet.**

Une question qui nous a frappé vers la fin de nos études, c'est ce sujet fort intéressant de pathologie nerveuse : « Des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. »

Aussi, nous sommes-nous mis à une recherche attentive et sérieuse de tous les ouvrages qui traitaient ce sujet, soit de loin, soit de près.

Nous en avons parcouru beaucoup : il serait trop long de les énumérer tous ici. Nous avons recueilli ça et là dans nos lectures, quelques notes, quelques pensées des auteurs qui s'étaient occupés de ce sujet.

Mais de toutes ces pensées, une seule nous a saisi : c'est celle exprimée par M. le Professeur Joffroy (1), lors du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes, session de Clermont-Ferrand (1894). « Ne pourrait-on pas se demander si l'hystérie n'est pas une des modalités de la dégénérescence ? »

Pour l'éminent professeur, l'hystérie semble être une

(1) Revue Neurologique, 1894, page 482.

des modalités de la dégénérescence. Et il développe cette idée en s'appuyant sur les arguments suivants :

a) La fréquence de l'association de l'hystérie et de la dégénérescence mentale.

b) La communauté d'origine de l'hystérie et de la dégénérescence mentale : elles ont comme facteur commun principal : la prédisposition héréditaire.

c) Les altérations identiques, dans les deux cas du mécanisme mental.

Nous avons pensé qu'un travail sur ce sujet pourrait avoir un certain intérêt : nous nous sommes mis aussitôt à l'œuvre. La voie nous était toute tracée par les paroles prononcées par M. le Professeur Joffroy au Congrès de Clermont-Ferrand. Nous l'avons suivie dans notre ouvrage.

Nous n'avons fait que prendre quelques observations à l'Asile Ste-Anne, et dans les ouvrages des auteurs qui s'étaient occupés de cette question avant nous pour appuyer les paroles du maître par des faits.

Notre ouvrage comprendra huit chapitres.

Dans le premier nous ferons un historique rapide, un exposé court des ouvrages qui ont paru sur ce sujet.

Dans le second, nous parlerons de l'hystérie; ce que l'on entend par hystérie; quels sont les principaux symptômes de cette grande névrose.

Dans le troisième, nous passerons en revue les stigmates de cette affection, qu'est la dégénérescence.

Ces deux derniers chapitres permettront au lecteur de mieux suivre les observations qui feront l'objet du chapitre quatrième.

Le chapitre cinquième sera réservé à démontrer l'association de l'hystérie et de la dégénérescence; combien est fréquente cette association.

Dans le chapitre sixième ; on cherchera à montrer que l'hérédité est le facteur commun étiologique de l'hystérie et de la dégénérescence.

Le chapitre septième traitera des altérations du mécanisme mental dans l'hystérie et la dégénérescence, altérations identiques dans les deux cas.

Dans le chapitre huitième, nous résumerons nos idées sur ce sujet, et nous exposerons nos conclusions.

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Dans la littérature médicale, bien des ouvrages parlent des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence mentale : citons les travaux d'Esquirol, les mémoires de la Société médico-psychologique.

Mais il faut arriver à la publication de M. le Professeur G. Ballet (1). « Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés » pour voir affirmer les rapports de ces deux névroses.

Ce n'est donc que récemment, Mars 1888, et depuis cette époque, qu'on s'est occupé véritablement des rapports de l'hystérie et de la dégénérescence.

Après la note de M. Ballet, Marquezy fait paraître un travail intitulé : « *L'homme Hystérique* (2) » où il relate l'association de l'hystérie et de la dégénérescence. Ce travail lui est inspiré par M. le Professeur G. Ballet.

La même année, 1888, au mois de Novembre, Tabaraud

(1) *Archives générales de Médecine*, page 274, mars 1888.

(2) Marquezy. *Bulletin médical*, 1888, page 1143, 29 août.

(1) reprend la même question dans sa thèse. En 1890-1891 Roubinovitch (2) nous entretient des rapports de l'hystérie mâle et de la dégénérescence mentale.

En 1894, au Congrès des Aliénistes et des Neurologistes (3), M. le Professeur G. Ballet, rapporteur, soulève cette question de l'association de l'hystérie et de la dégénérescence et s'exprime ainsi :

« On sait que l'hystérie se développe sur un terrain tout préparé en quelque sorte, celui de la dégénérescence mentale. Mais, en pareil cas, les troubles hystériques et les troubles dégénératifs n'en restent pas moins distincts.

Par contre, les hystériques ont leur état mental propre bien connu aujourd'hui. L'amnésie, l'aboulie, la difficulté d'attention en forment le fond. En ce qui concerne les perversions instinctives, la question est beaucoup plus délicate.

L'hypothèse d'une combinaison avec la dégénérescence mentale se représente ici et nous manquons de criterium absolu à cet égard. »

Au même Congrès, M. le Professeur Joffroy répondit : « l'hysthérie se développe très souvent sur un fonds de dégénérescence mentale. Mais ne peut-on pas aller plus loin et se demander si l'hystérie n'est pas une des modalités de la dégénérescence, » pensée qui fait le sujet de notre thèse.

Nous avons peut-être été trop rapide sur l'historique, mais on nous pardonnera cet aperçu si court, car en trai-

(1) Tabaraud, *Th.*, Paris 1888 89.

(2) Roubinovitch, *Th.*, Paris 1890-1891.

(3) *Archives de Neurologie* 1894, page 482.

tant au chapitre cinquième l'association de l'hystérie et de la dégénérescence, nous serons forcé d'y revenir.

Nous pourrions attaquer dès maintenant le vif de notre sujet, et commencer à parler de l'association de l'hystérie et de la dégénérescence, mais il nous a paru bon, avant d'entrer dans cette voie, de donner une définition de l'hystérie et de la dégénérescence, d'indiquer les symptômes qui les caractérisent.

Le lecteur sera plus apte à suivre nos observations, à surmonter les difficultés qui pourraient surgir. Nos observations suivront immédiatement et nous permettront de démontrer l'association de la dégénérescence et de l'hystérie. Elles serviront de plus à nous montrer le rôle de l'hérédité dans ces deux affections.

## CHAPITRE DEUXIÈME

### DE L'HYSTÉRIE

L'hystérie (1) est une névrose. C'est une affection commune surtout chez les femmes. Mais elle n'est pas, comme on l'a cru à un certain moment de l'histoire médicale, l'apanage du sexe féminin « *Affectio hysterica morbus feminarum est* ». L'hystérie existe également chez l'homme, et il suffit pour nous en convaincre de lire les nombreuses observations qui ont été rapportées par Beau, Lucas-Championnière, Landouzy, Ballet, Roubinovitch, Souques, etc. il est impossible dès lors de nier l'hystérie mâle.

C'est une affection très fréquente, et elle se montre à nous sous une infinité de formes si diverses, que notre grand maître Charcot, l'appelait « la grande simulatrice ». Elle s'associe en effet à une foule de maladies, sclérose en plaques, tabes, etc; tantôt elle prédomine, et elle est facile à reconnaître; tantôt elle est comme voilée par l'autre

(1) Traité de Médecine, Charcot, Bouchard, Brissaud, tome VI.

maladie et dans ce cas alors, il faut un œil des plus exercés pour la déceler.

La fréquence de cette maladie, les formes diverses qu'elle peut prendre étaient connues depuis déjà des siècles, car si nous remontons à Sydenham, qui était un fin observateur, on trouve cette parole citée en 1681 :

« L'affection hystérique n'est pas seulement très fréquente, elle se montre encore sous une infinité de formes diverses et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à tel organe les symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique »

Ce même auteur a tracé de main de maître diverses manifestations cliniques de cette névrose. Mais pour voir une description complète des caractères de l'hystérie, il faut en arriver aux travaux de Charcot et de ses élèves.

Nous ne rentrerons point ici dans une description étendue de l'hystérie : tel n'est pas notre but. Nous essaierons simplement de donner un aperçu, de faire une esquisse des principaux symptômes de cette affection. Et, nous envisagerons en même temps et l'hystérie mâle et l'hystérie chez la femme.

L'hystérie s'annonce par des prodromes. L'enfant ou l'adulte, l'enfant surtout, le jeune homme, la jeune fille ont jusqu'à un certain moment de leur existence leur caractère normal. Ils ne sont point impressionnables; ils n'accusent ni palpitations, ni suffocations. Ils n'ont point de maux de tête; leur appétit est bon; ils dorment bien.

Puis tout d'un coup, on ne sait pourquoi, sous une influence quelconque, on note un changement de caractère ; tel qui était de bonne humeur, devient triste et maussade ; tel qui était habitué à fréquenter le monde, recherche la solitude. Leur sommeil, qui, jusqu'alors, était tranquille, est troublé par des visions d'animaux. Ils se plaignent de suffocation, d'oppression ; ils pleurent rien pour rien.

Tous ces signes, si tels on peut les appeler, sont si faibles que la plupart du temps le sujet, qui en est porteur passe pour un être bien portant : il n'existe pas encore de symptômes.

Mais l'hystérie est là : elle dort, elle couve comme le feu sous la cendre. Plus tard, ces signes imperceptibles du début s'accroissent, le malade accuse des spasmes, des suffocations.

Une boule, qui part de l'épigastre, lui monte à la gorge et est pour lui une cause de gêne.

Ces signes sont les symptômes précurseurs de l'hystérie ; tout peut s'arrêter là et le sujet ne rien présenter de plus ; il n'en est pas moins un hystérique ; car il n'est pas besoin d'avoir de crises pour être hystérique. Mais il est d'un grand intérêt pour nous de connaître que ces signes sont les signes avant-coureurs de l'hystérie : car à ce moment à l'aide d'un traitement approprié, on peut enrayer le mal.

Tels sont les symptômes qui peuvent nous permettre de dépister l'affection hystérique : tels sont les prodromes de l'hystérie. Passons à la description des prodromes des accès.

Le malade a été abandonné à lui-même, on a regardé tous ces signes du début comme insignifiants ; le sujet, qui en est atteint, a passé à nos yeux pour un nerveux ; alors, à l'occasion d'un traumatisme, ou d'une vive émotion, la maladie éclate.

Le sujet ressent d'abord de terribles maux de tête, localisés à la région occipitale.

Puis, une douleur vive le frappe dans l'abdomen, dans la région ovarienne, si c'est une femme ; dans les flancs, si c'est un homme ; la douleur gagne le creux épigastrique, le malade a la sensation d'un corps arrondi qui se déplace « boule hystérique » ; cette boule remonte le long du sternum, arrive à la gorge. Il est pris d'oppression, de palpitations, d'envies de vomir, il lui semble qu'il va étouffer.

La face est congestionnée ; les oreilles du malade sifflent ; les tempes battent ; la vue est obscure ; le vertige s'empare de lui, il perd connaissance : tel est l'aura. « On peut provoquer l'aura par des pressions sur un point hystérogène ».

Après l'aura, survient la crise ; mais il s'en faut de beaucoup qu'elle apparaisse toutes les fois : Briquet ne nous dit-il pas qu'elle manque chez les femmes dans le quart des cas. Pour Peter elle manquerait 37 fois %.

Quand la crise apparaît, elle se divise en quatre périodes. Nous ne pouvons mieux faire que de citer le résumé des paroles de Charcot sur ce sujet.

La première période, dit-il, rappelle l'épilepsie. On note trois phases : une phase de convulsions toniques,

puis de convulsions cloniques, et enfin une phase de résolution. Après cette période épileptoïde dont la durée n'excède pas de 3 à 5 minutes, il en succède une autre, caractérisée par de grands mouvements, des contorsions, c'est la période de clownisme. Le sujet grimace, se met en arc de cercle, exécute des mouvements de salutation. La troisième période est celle des attitudes passionnelles: sous l'empire des hallucinations tristes ou gaies, on a devant les yeux des tableaux différents, qui représentent ici l'amour, là la volupté, ailleurs la colère. Les hallucinations, les visions d'animaux, autrement dit la période de délire, qui n'est que la continuation de la précédente, constitue la quatrième période.

Après cela, le malade se réveille peu à peu: il est exténué de fatigue; mais il n'a pas d'élévation de température. Il ne se mord jamais, il n'écume pas; ce qui empêche de le prendre pour un épileptique. Quelquefois, et surtout après les crises, il pleure abondamment.

Telle est l'attaque de la grande hystérie. La petite hystérie ne diffère de la grande que par l'absence de la phase épileptiforme.

Les attaques peuvent être plus ou moins violentes. Il en est où le sujet réveillé et interrogé sur ce qui s'est passé ne se rappelle rien; d'autrefois, au contraire, il entend tout ce qui se passe autour de lui.

Les crises peuvent être arrêtées par la compression de points hystérogènes; souvent, on y réussit chez la femme par la compression des ovaires.

Après ce court aperçu sur les principaux caractères de l'hystérie, il nous est permis de dire, qu'en présence

d'une attaque d'hystérie, il nous est facile de reconnaître la maladie. Mais en dehors de l'attaque, l'hystérie est-elle aussi facile à déceler ? Cela dépend, si l'hystérie est confirmée ou non.

Chez l'hystérique confirmé, en dehors de l'attaque, il existe des points qui permettent de la reconnaître ; et nous allons les passer en revue.

On peut noter tout d'abord des stigmates d'ordre psychique. Les troubles de la mémoire sont fréquents chez les hystériques. Ils mentent avec une tenacité inouïe. Briquet, Charcot ont insisté sur ces troubles et pour Charcot, leurs mensonges seraient la conséquence de l'amnésie dont ils sont frappés. Leur amnésie n'est que rarement complète. Au cas où elle est complète, l'intelligence est intacte.

Chez quelques hystériques, les hallucinations peuvent se montrer en dehors de l'attaque. Ils sont tranquilles, occupés à travailler ; puis, tout d'un coup, ils se lèvent, poussent des cris à l'aspect de bêtes fantastiques qu'ils ont cru voir.

L'hystérique est facile à hypnotiser, à suggestionner.

On peut noter chez lui un affaiblissement de la volonté : « Si le malade a entrepris un travail nouveau, il met un temps infini pour le résoudre. Il ne peut fixer son attention et l'arrêter sur un acte commencé. »

A côté de ces stigmates d'ordre psychique, il faut étudier ceux d'ordre moteur. Le sens musculaire est quelquefois profondément altéré, au point que le malade est incapable de déterminer dans quelle attitude se trouve son bras, la direction qu'on lui imprime.

Les mouvements sont indécis, mal dirigés.

Dites au malade de porter la main à son front, il lance sa main dans l'espace pour atteindre ensuite le front. Quelquefois, les mouvements volontaires ne peuvent être exécutés.

A ces signes, s'en joignent d'autres appelés sensitivo-sensoriels et qui ne sont pas de moindre importance.

L'hystérique est souvent atteint d'anesthésie. Cette anesthésie se présente sous forme d'hémianesthésie généralisée ou en plaques. L'insensibilité peut atteindre tout un côté du corps et frappe les plans superficiels et profonds. Si elle est totale, elle n'atteint pas seulement la sensibilité tactile, mais la sensibilité à la douleur, à la température. L'anesthésie peut frapper le pharynx, la conjonctive et il est d'une très grande importance quand on recherche l'hystérie, de songer à l'anesthésie-pharyngienne.

D'autrefois, on note de l'hyperesthésie généralisée; ou par plaques : on peut citer la céphalalgie; « le clou hystérique » douleur térébrante qui siège au niveau de la suture sagittale; la rachialgie.

N'oublions pas les zones hystérogènes, régions douées d'une sensibilité spéciale et permanente. Elles ont une distribution variée et peuvent exister dans n'importe quelle région.

On constate souvent des paresthésies sous forme de refroidissement des extrémités.

Le goût, l'odorat, l'ouïe sont altérés et peuvent être frappés d'anesthésie, d'hyperesthésie, de contracture.

Mais le trouble qui caractérise le mieux l'hystérie et

peut mettre un médecin observateur sur la voie : c'est l'examen de l'appareil de la vision.

L'étendue du champ visuel de l'hystérique est moindre : il est rétréci pour la lumière réfléchie ou colorée, blanche ou diffuse.

Le champ visuel qu'on peut mesurer à l'aide du campimètre de Wecker présente dans l'œil normal une étendue variable pour les différentes couleurs. La plus grande étendue appartient au blanc ; puis viennent les autres couleurs dans l'ordre suivant : bleu, jaune, rouge, vert, violet. Cet ordre est dans l'œil normal toujours le même selon le degré de rétrécissement.

Dans l'hystérie, le champ visuel est rétréci et l'ordre de disposition des couleurs est changé selon le degré de rétrécissement. La perception des couleurs peut être modifiée et voici l'ordre dans lequel on note la perte de perception : c'est d'abord le violet ; puis le vert, le rouge, le bleu, le jaune et le blanc disparaissent : toutefois, il faut faire une exception pour le rouge, a dit Charcot. Il peut se faire que la perception des couleurs soit altérée dans des degrés très faibles ; il peut y avoir achromatopsie complète.

Signalons à côté de ce trouble important, la diplopie.

Tels sont les signes sur lesquels l'attention devra se porter en présence d'un sujet atteint d'hystérie confirmée, ou qu'on soupçonne hystérique. Mais à côté de ces signes il en est bien d'autres qui peuvent attirer notre attention : nous ne ferons que les énumérer. Notons les contractures, le torticolis, le strabisme, l'aphonie ; les trem-

blements; le mutisme, l'aphasie, la dyspnée, la toux nerveuse, les vomissements, l'anorexie, la polyurie, l'hémiplégie, etc...

L'énumération de tous ces signes nous montre la difficulté du diagnostic. Aussi doit-on rechercher avec soin les points hystérogènes; le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie. La découverte d'un de ces trois stigmates met immédiatement le médecin sur la voie du diagnostic.

Nous venons de le voir, l'hystérie est une névrose assez difficile quelquefois à découvrir, alors même qu'elle est seule et non associée à une autre maladie, aussi sera-t-il encore plus difficile, de la déceler quand elle sera associée, combinée avec une autre maladie. Souvent elle s'associe aux névroses, à la dégénérescence; souvent, elle se dissimule, se cache tout entière derrière la dégénérescence; aussi, en présence d'un dégénéré, est-il de notre devoir de rechercher avec un soin particulier tous les points sur lesquels nous avons appelé tout à l'heure l'attention. Mais le cas contraire peut se présenter; l'hystérie peut voiler la dégénérescence, la masquer; il nous faudra donc scruter le malade, l'examiner à fond au point de vue physique et psychique: c'est pourquoi il est bon de donner ici quelques notions sur la dégénérescence; tel sera le but du chapitre suivant. Certaines parties qui seront traitées dans ce chapitre, tels les stigmates psychiques chez les dégénérés supérieurs (1) ont déjà été écrits de main de maître dans la thèse du Dr Legrain (1885); et dans celle de

(1) Legrain. Th. Paris, 1885. — Tabaraud. Th. Paris, 1885.

Tabaraud, (1888), nous pourrions y envoyer le lecteur, mais il nous a paru bon de présenter ici un résumé de quelques notions sur la dégénérescence, qui permette au lecteur de notre travail, de suivre nos observations sans avoir besoin de recourir à d'autres travaux.

## CHAPITRE TROISIÈME

### DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

Nous ne rappellerons point ici toutes les définitions que l'on a données de la dégénérescence.

Ch. Robin a dit : « les dégénérescences sont des altérations organiques et fonctionnelles, transmissibles par l'hérédité. »

Morel la définit : « Une déviation maladive du type primitif. »

Toulouse, dans son livre intitulé « Les causes de la folie » cite ces paroles qu'il emprunte à M. le professeur Joffroy : « Nous devons considérer la dégénérescence d'une façon générale comme la déviation du type normal, anatomique et physiologique, dont les malformations, les anomalies fonctionnelles, l'émotivité morbide, la tendance à la stérilité en sont les manifestations principales. »

« Et à ce titre, les aliénations mentales, les névroses, les maladies nerveuses organiques et aussi les syndrômes diathésiques qui trahissent des troubles de la nutrition,

aussi importants quoique cachés qu'un stigmate morphologique, tous ces phénomènes morbides doivent entrer dans la dégénérescence. Elle est la mère commune de toutes ces lésions, car elle porte son action sur tous les tissus et tous les appareils et principalement sur le système nerveux qui tient sous sa dépendance tous les autres (1). »

M. Joffroy comprend ainsi la dégénérescence. Pour ce praticien, elle peut se manifester par la plupart des maladies nerveuses et mentales.

« La dégénérescence (2), dit M. Joffroy, ou en d'autres termes, la malformation congénitale du système nerveux provoquée par une hérédité plus ou moins lourde, plus ou moins longue, ne frappe pas, n'atteint pas tous les appareils également. Chez l'un, ce sera surtout et peut-être exclusivement l'appareil moteur qui sera atteint ; chez l'autre, l'appareil intellectuel ; chez le troisième l'appareil trophique ou sensitif. Souvent aussi ces différents appareils seront atteints simultanément et à des degrés divers, de manière à réaliser des combinaisons très diverses. De telle sorte que les dégénérés ne forment non pas, un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille successivement nombreuse, dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous, cependant sont réunis par ce lien commun, à savoir que leur système nerveux présentant des points d'une résistance insuffisante, sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou

(1) Toulouse. *Causes de la folie*. p. 62.

(2) *Semaine médicale* 1893. Folie choréique.

fonctionnel, lorsque l'occasion se présentera. La fatalité pèse sur ces sujets. Ainsi comprise, la dégénérescence s'étend sur la pathologie mentale, sur la plupart des maladies nerveuses et aussi sur la plupart des maladies dues à un trouble de nutrition (arthritisme, diabète, Rhumatisme chronique, goutte, etc) (1). »

La dégénérescence, en un mot, est un ensemble de tares.

Mais quels sont les stigmates avec lesquels se présentent à nous les individus atteints de dégénérescence ?

Ces stigmates sont de deux sortes ; les uns sont physiques, les autres psychiques. Mais ils ne sont pas tous développés à un même degré chez tous les individus.

Les stigmates physiques qui ont été surtout bien décrits par Morel, Legrand du Saulle (1), sont presque à peine perceptibles chez les dégénérés que M. Magnan, appelle les dégénérés supérieurs : ils existent pourtant.

Ces stigmates sont surtout l'apanage des dégénérés inférieurs.

Quand aux stigmates psychiques, ils ne sont pas non plus les mêmes chez tous les dégénérés : il y a des degrés divers, et nous ne pourrions les mieux exprimer qu'en rapportant les paroles de M. Magnan lui-même (2) :

« L'existence des êtres dégénérés porte généralement au point de vue psychique un cachet tout à fait spécial. Les uns naissent idiots, les autres viennent au monde sous de meilleures apparences et à un moment donné,

(1) *Semaine médicale*. Folie choréique. 1893.

(1) Legrand du Saulle. La Folie héréditaire, 1873.

(2) Magnan. *Annales médico-psychologiques*. 1886, n° 1.

leur développement subit un arrêt, et ils tombent dans l'imbécillité; les troisièmes peuvent atteindre un développement considérable au point de vue intellectuel; mais au point de vue moral, leur existence est complètement déséquilibrée.

Un dégénéré peut devenir un grand savant, un artiste distingué, un administrateur habile, mais il manifestera en même temps de profonds défauts d'ordre moral, des bizarreries et des irrégularités étonnantes dans ses actes et il emploiera ses facultés brillantes, aussi bien pour servir une grande cause que pour satisfaire les penchants les plus vicieux. »

Nous suivrons cette division et nous examinerons les troubles psychiques, chez les idiots, les imbéciles, les débiles, les dégénérés.

Arrivons à la description de ces stigmates; et d'abord, parlons des stigmates physiques.

Les signes physiques sont surtout faciles à observer chez les idiots, et pour quiconque est rentré dans des maisons ou asiles affectés à ces sortes de gens, il est aisé de les décrire.

On observe des déformations, qui portent surtout sur le crâne, et la face; puis sur les membres supérieurs et inférieurs.

Le crâne est très développé (macrocéphale) ou très petit (microcéphale). Il peut avoir la forme d'un pain de sucre ou d'une carène de navire. Il en est de même de la face: elle peut être plus ou moins asymétrique.

Les dents, les oreilles ne sont pas implantées normale-

ment. Les oreilles sont très développées ou le lobule est absent.

La mâchoire inférieure est proéminente : il y a prognathisme.

Les lèvres sont grosses et il n'est pas rare de noter des becs de lièvre.

La voûte palatine peut avoir la forme d'ogive.

Du côté des yeux, on note du strabisme, des infiltrations pigmentaires du fond de l'œil.

Si nous jetons un coup d'œil sur les membres supérieurs, on peut constater des doigts surnuméraires, des doigts palmés, une main-bote. Les mêmes déformations se rencontrent aux membres inférieurs.

Les organes génitaux sont ou très développés, mais le plus souvent atrophiés. Le testicule est très petit ; la verge est très mince.

Le dégénéré lui-même est petit.

Tels sont les signes, les stigmates physiques du dégénéré, de l'idiot, de celui qui est au bas, au dernier échelon de la dégénérescence. Mais ces malformations, comme nous l'avons dit déjà, sont beaucoup moins accusées, à mesure qu'on s'élève, au premier échelon de la dégénérescence.

A côté des stigmates physiques, on trouve chez les dégénérés des stigmates psychiques (1). Voyons quels ils sont, et commençons par l'idiot :

Chez l'idiot, il y a un arrêt de développement de toutes les facultés intellectuelles. L'intelligence est absente : il

(1) *Traité médecine*, Charcot, Bouchard, Buisaud, t. VI.

vit de la vie végétative. Les idiots obéissent sans contrôle à tous les besoins qui les sollicitent.

L'imbécile a de l'intelligence. Elle est rudimentaire, dirons-nous, mais elle existe. Il a quelquefois la mémoire assez développée : mais c'est la mémoire des noms, des dates. Quant au jugement, il est nul ; le raisonnement est faux.

Ses instincts sont mauvais. Il est égoïste, peureux, menteur, gourmand ; il se livre souvent à l'onanisme, et on a noté parmi les imbéciles beaucoup de pédérastes.

Après l'imbécile, examinons le débile. Le débile offre déjà une grande différence avec l'imbécile, et cette différence s'accroît d'autant plus que l'on considère les débilés voisins des dégénérés supérieurs. Les vices intellectuels et moraux sont les mêmes que chez les imbéciles mais à un degré moindre.

Ils sont peu intelligents, ont une mémoire difficile. Jeunes, à l'école, ils ne peuvent suivre les classes des enfants de leur âge ; plus vieux, il en est qui se livrent à la poésie, à la musique, au dessin, mais ce ne sont que des gens médiocres en fait d'intelligence. Leur jugement est faible, et ils se font plutôt l'écho de l'opinion d'autrui : ils sont incapables de raisonner.

Au point de vue moral, ils ne peuvent discerner, malheureusement trop souvent, les différences nettes qui existent entre le bien et le mal. Ils obéissent souvent à leurs impulsions. Aussi, dans cette classe de dégénérés, qui est certainement la plus grande, en voyons-nous beaucoup finir dans les prisons.

En résumé, le débile est un faible d'esprit ; ce qui

domine chez lui, c'est la faiblesse de l'intelligence, du jugement.

Beaucoup plus intéressante est l'étude des dégénérés supérieurs. Ces malades sont plus favorisés par la nature que les malheureux dont nous avons parlé, au point de vue intellectuel. Quelquefois leur puissance intellectuelle étonne. Ce sont des poètes de talent, de grands écrivains. Mais à côté de facultés brillantes, on est étonné de voir des lacunes. Si le sujet a une brillante élocution, par exemple, le jugement fera complètement défaut. Ou, supposons toutes les facultés intellectuelles bien développées, il aura de profonds défauts d'ordre moral, et, comme le disait M. Magnan, il manifestera des bizarreries et des irrégularités étonnantes dans ses actes.

Le dégénéré supérieur est un bizarre, un original, un excentrique, aussi bien dans sa mise que dans ses paroles, ses manières de faire.

Cette classe de dégénérés offre des stigmates psychiques qu'il faut connaître et dont l'étude à peu près complète a été faite par M. Magnan, qui les appelle « syndrome épisodiques. »

Ces syndromes, Tabaraud, et, avant lui, Legrain, les ont étudiés dans leurs thèses. Aussi serons-nous aussi bref que possible.

Les dégénérés supérieurs peuvent présenter de :

**L'Agoraphobie.** — Les malades qui en sont atteints ont la terreur des espaces : ils tremblent à l'idée seule de parcourir une place, une rue ; ils sont saisis d'une

angoisse extrême. « Legrand du Saulle (1) cite le cas d'un lieutenant d'infanterie qui était saisi de frayeur en traversant une place publique en habits bourgeois, mais qui reprenait toute son assurance lorsqu'il arpentait la même place en uniforme, sabre au côté. »

**Claustrophobie** « ou peur des espaces fermés ». — La peur saisit ces malades quand ils sont renfermés dans un endroit quelconque.

**Folie du doute.** — Ce syndrome est caractérisé par une préoccupation constante sur certains actes de la vie. « Témoin, l'histoire de ce médecin qui rappelait chaque fois ses clients sous un prétexte quelconque, pour voir s'il ne s'était pas trompé dans son ordonnance. »

**Peur du toucher.** — On la rattache à la folie du doute : elle consiste dans l'appréhension que montre le malade qui en est atteint chaque fois qu'il touche un certain objet. « Magnan cite le cas d'un homme qui ne pouvait toucher une pêche si elle n'était pelée. »

**Aïchmophobie.** — C'est la peur des pointes. On peut voir des individus qui éprouvent une réelle terreur à la vue des objets pointus ; terreur qu'ils ne peuvent définir et encore bien moins surmonter. Constamment obsédés par la crainte, ils sont dans une anxiété incroyable, ils ont l'esprit à la torture.

(1) In *Gazette hôpitaux*, octobre 1877 (23).

**Dipsomanie.** — Elle consiste dans un entraînement irrésistible de l'individu vers les boissons. Le malheureux dipsomane est un prédisposé : il voudrait bien réagir, mais il ne le peut. Il est poussé et rien ne peut l'arrêter. Il diffère de l'ivrogne : il s'enivre seul ; la qualité de l'alcool le laisse indifférent ; de plus, il boit aujourd'hui, demain, chaque fois que l'impulsion l'y poussera. En dehors des accès, il a un profond dégoût pour la boisson. L'alcoolique boit par occasion et n'est pas poussé à boire.

**Sitiomanie.** — C'est l'impulsion qui contraint le malade à manger constamment.

**Pyromanie — Pyrophobie.** — Le pyromane est un homme entraîné, sollicité par une force irrésistible à mettre le feu. Le pyrophobe a une peur exagérée du feu.

**Kleptomanie — Kleptophobie.** — Le kleptomane est un individu poussé à s'emparer de tout ce qui ne lui appartient pas. Ou il saisit tout ce qui lui tombe sous la main, ou il prend un objet déterminé. Témoin, pour ce dernier cas, le sujet de Marc « J'ai connu, dit Marc, un médecin instruit, dont la manie consistait à voler des couverts de table. »

Le kleptophobe est obsédé par la crainte de s'être approprié ce qui appartenait à autrui.

**Onomanie.** — C'est le besoin de faire des emplettes, le plus souvent futiles.

**Manie du Jeu.** — Les individus qui, en sont atteints, sont entraînés vers le jeu. Ils voudraient résister, ils ne le peuvent : l'impulsion est plus forte. Ils ne jouent pas pour gagner mais pour faire cesser leur état d'angoisse.

**Impulsions homicides et suicides.** — C'est une idée qui obsède le malade, le torture « Il a toujours l'idée de tuer, ou de se suicider. »

Cadmeil (1) nous cite un cas d'impulsion homicide : « un des malades, qu'il soignait, dit un jour à sa mère qui le voyait sombre et taciturne et le pressait de questions : Je vous dois tout, je vous aime beaucoup ; cependant, depuis quelques jours une idée incessante me pousse à vous tuer. Empêchez que vaincu à la fin, un si grand malheur ne s'accomplisse ; permettez-moi de m'engager. Il partit et fut bon soldat. »

Dans ce cas, le jeune homme est obsédé par l'idée de tuer, cela le torture. Il résiste, mais il a peur de faiblir et il avoue sa préoccupation : aussi aime-t-il mieux s'éloigner. Cet exemple est celui d'un homme qui lutte contre l'idée qui l'obsède. Mais deux autres cas peuvent se présenter ; ou l'idée obsédante, disparaît aussi vite qu'elle est venue, ou l'idée est mise à exécution et on voit alors se dérouler sous les yeux des actes d'une férocité barbare. Témoin ce cas cité par Foville (2) :

« Henriette Cornette s'applique à gagner la confiance de ses voisins pour obtenir qu'ils lui permettent d'emme-

(1) *Traité des Maladies inflammatoires du cerveau.* Cadmeil.

(2) *Un nouveau Dict. de Méd. et de Chir.* Tome XV, page 343. Foville.

ser leur petite fille chez elle. Arrivée dans sa chambre où elle avait eu soin de faire d'avance les préparatifs nécessaires pour l'accomplissement de son sinistre projet, elle tranche d'un seul coup la tête de l'enfant et jette cette tête dans la rue. »

**L'Impulsion suicide** se traduit de même que l'impulsion homicide par une idée qui s'attache aux pas de celui qui en est la victime et cette idée le met dans une angoisse indescriptible.

Mausdley raconte qu'un de ses malades fut obligé de quitter son appartement, parce qu'une haute tour qui se dressait sous ses yeux lui donnait de telles pensées de suicide, qu'il craignait de ne pouvoir y résister toujours, s'il continuait de vivre en ce lieu.

**Arithmomanie.** — Répétition irrésistible d'un chiffre, recherche anxieuse jusqu'à ce que le malade ait mis son idée à exécution.

Citons comme exemple de ce genre un malade dont Legrand du Saulle rapporte l'observation :

Ce malade était venu le consulter, au moment de le quitter, il lui dit : « Vous avez quarante quatre volumes sur cette table et vous portez un gilet à sept boutons. Excusez-moi, c'est involontaire, mais il faut que je compte !

**Onomatomanie.** (1) — Ce syndrome a été bien étudié

(1) Tabaraud. — Th. Paris, 1888, page 18. Charcot et Magnan. Onomatomanie, Archives de Neurologie, 1885.

par MM. Magnan et Charcot. Le mot peut créer bien des situations chez les dégénérés et voici ce que ces auteurs disent à ce sujet :

« Pour bien comprendre le rôle que peut jouer le « mot » dans les préoccupations des héréditaires, il faut examiner les principales situations qu'il peut créer.

1) La recherche angoissante du nom et du mot.

2) L'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter.

3) La signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une observation.

Dans tous ces cas, le malade a une entière conscience de son état; il regrette et déplore ses idées absurdes mais il n'en reste pas moins l'esclave de ces bizarreries.

**Echolalie.** (1) — Les malades affectés de ce symptôme, nous dit M. Gilles de la Tourette, sont pris d'un désir irrésistible de répéter les mots qu'ils ont entendu prononcer devant eux; « cette répétition est comme un écho, écholalie. »

**Coprolalie avec incoordination motrice.** — Ce symptôme, décrit par M. Gilles de la Tourette consiste dans l'incoordination motrice et des tics généralisés; puis d'autres symptômes cérébraux viennent compliquer cette incoordination, les malades prononcent malgré eux, des mots le plus souvent orduriers « coprolalie ».

**Amour exagéré des animaux.** — C'est l'amour

(1) Gilles de la Tourette. — Archives de Neurologie, tome IX, 1885

poussé à ses limites extrêmes. C'est le fait de cette dame qui se rend aux Halles acheter toutes les grenouilles pour les enlever aux vioisecteurs; ou de cette autre qui passe dans la rue, voit un chien qui a l'air malheureux, s'empresse de lui acheter un petit pain, ou un gâteau, l'amène dans une boutique et demande si l'on veut se charger de l'entretien de la bête dont elle paiera les frais.

**Anomalies. — Perversions. — Observations sexuelles.** — Au milieu des syndrômes qui sont le fait de la dégénérescence, ceux qui regardent les organes génitaux ne sont pas les moindres. Ils ont été l'objet de travaux de la part de Kraft-Eling, Westphal, en Allemagne; de Tarnowsky, en Russie; de MM, Charcot et Magnan, en France,

Ces anomalies sexuelles sont confuses et Magnan en a donné une classification basée sur l'anatomie et la physiologie.

Écoutons ce savant praticien; il en établit quatre classes :

« La première classe est constituée par les *spinaux*. L'idiot en est le modèle. Ils sont réduits au reflexe; leur domaine se trouve limité à la moëlle; les centres cérébraux ne prennent aucune part à l'acte.

En voici un exemple :

« C'est une idiote de sept ans, qui depuis l'âge de trois ans se livre à l'onanisme. Dès qu'elle est sur une chaise, sur un matelas, un lit, elle se courbe légèrement et porte la main à ses organes génitaux qu'elle frotte incessamment, En est-elle empêchée, elle crie, elle pleure, se

frappe la tête, Quand on lui tient les mains, elle remue les jambes ; elle ne cesse que si l'on emploie la force ; elle ne s'arrête devant personne, si bien qu'un jour, placée sur une table, elle a continué à se masturber pendant qu'on la photographiait.

**Spinaux cérébro-postérieurs.** — Chez ces malades, le reflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moëlle. La vue, l'image d'un individu de sexe différent, beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'organe vénérien. Les imbéciles rentrent dans cette catégorie ; ils se livrent sans discernement à la satisfaction de leurs appétits génitaux. On trouve de ces malades parmi les dégénérés supérieurs ; témoin, cette mère de cinq enfants qui éprouve des besoins sexuels tellement impérieux par moments, qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu. Elle ose déclarer à sa mère qu'il lui faut des hommes, et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle. La malade est en proie à des instincts que l'intelligence est incapable de réformer.

C'est dans cette classe qu'il faut placer les *nymphomanes*, les *satyriatiques*. La pensée, la vue d'un homme pour les premiers ; d'une femme pour les seconds, éveille l'idée obsédante du rapprochement sexuel.

**Spinaux cérébro-antérieurs.** — Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure : l'influence psychique agit sur le centre médullaire, mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis. En voici un exemple :

« C'est cette mère, éperdument amoureuse d'un jeune

écolier de treize ans. Un jour, elle en arrive à demander à la mère de l'enfant la permission de cohabiter avec lui sous prétexte de le rendre à la santé. »

C'est dans cette classe que rentrent les individus dont l'impulsion ne vient pas de la pensée, de la vue d'un individu de sexe contraire mais de la pensée, de la vue d'objets, d'êtres quelquefois repoussants. Ces individus n'ont aucun goût pour les relations sexuelles, mais ils sont séduits et enivrés par les vêtements de la femme, les corsets de satin, les jupons brodés, les tabliers blancs, (Magnan), la vue du sang, tels sont les *sadiques*. Notons encore :

Les *névrophiles* « ou amoureux des cadavres. »  
« Témoin, ce sergent qui déterrait des cadavres de femmes pour se livrer sur elles à des manœuvres criminelles.

Les « *bestiaumanes* » chez lesquels la vue et le contact de certains animaux provoquent des désirs vénériens.

Les « *invertis* », tels sont les *pédérastes*, les *saphiques*.

Les *pédérastes* n'éprouvent aucun désir pour la femme; les *saphiques* pour la femme. Comme l'a dit M. Magnan, il y a un cerveau de femme dans un corps d'homme et réciproquement.

Citons le cas de cette « jeune fille, (Cantarano), qui se lie intimement avec une camarade et cohabite avec elle, comme si elle était un homme. »

En dernier lieu, parlons des *exhibitionnistes* : ce sont des obsédés, des impulsifs; ils ont conscience de leur acte, mais ils éprouvent le besoin d'aller dans des lieux publics exhiber leurs organes.

**Cérébraux antérieurs.** — Dans ce groupe, la moëlle, le cerveau postérieur restent silencieux. La sollicitation est idéale : les désirs se maintiennent dans le domaine du platonisme ; tels sont les *extamanes*.

Cette passion platonique les conduit à des actes absurdes mais ils ne peuvent résister. Tel est le cas de cet élève des Beaux-Arts dont parle M. Magnan. »

En 1879, il devient soucieux, passe de longues heures la nuit à sa fenêtre. Interrogé, il lui faut, dit-il, un idéal il en a besoin. Son idéal, c'est Myrtho, qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple, tous les jours, cette étoile, vient la voir avant de se coucher ; lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers. On a parfois essayé de détourner son attention, de l'accompagner dans sa chambre, de fermer la fenêtre, de l'empêcher de regarder au ciel, mais c'est peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier regard vers Myrtho.

**Aboulie.** — C'est l'impuissance à vouloir. Nous ne pouvons donner une idée plus juste de ce syndrome qu'en laissant la parole à M. Guislain :

« Les malades, dit Guislain, savent vouloir intérieurement, mentalement, selon les exigences de la raison. Ils peuvent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuissants à faire convenablement. Il y a au fond de leur entendement une impossibilité. Ils voudraient travailler et ils ne le peuvent. Leur volonté ne peut franchir certaines limites : on dirait que cette force d'action subit un arrêt : le « je veux » ne se transforme pas en volonté impulsive, en détermination active. Des malades

s'étonnent eux-mêmes de l'impuissance dont est frappée leur volonté. »

A ces stigmates de la dégénérescence, Ballet en a ajouté un autre, **les hallucinations de l'ouïe**. Il est la conséquence de l'excitation pathologique du centre des images auditives.

En résumé, nous pouvons dire que dans tous ces syndrômes, deux caractères dominent la scène : l'obsession, l'impulsion. Cette obsession, cette impulsion sont irrésistibles : il faut que le malade mette son idée à exécution. Il a bien conscience de ce qu'il va faire, mais il ne peut y résister.

Il lutte quelque fois contre l'angoisse qui le mine et le torture, mais il n'en est délivré qu'au moment où l'acte est accompli.

Tous ces syndrômes se présentent avec les mêmes caractères et voici ce que dit à ce sujet. M. Magnan : « Il semblerait qu'aucun rapprochement ne saurait-être établi, par exemple, entre l'onomatopée, la dipsomanie, les perversions sexuelles, et cependant le phénomène est au fonds le même.

Il s'agit dans tous ces cas d'un centre surexcité, réclamant le retour d'une sensation déjà connu ; l'apparition de l'image tonale, c'est-à-dire, du nom, dans le centre cortical suffit à calmer l'onomatopéaste, l'impression alcoolique transmise par les nerfs de l'estomac au centre bulbaire donne satisfaction au dipsomane ; la répétition de l'acte que fait naître la sensation dans le centre génito-spinal apaise momentanément les désirs de l'onaniste.

Tels sont les signes de la dégénérescence : si nous avons été un peu long dans notre description, c'est pour permettre au lecteur de mieux dépister la dégénérescence au cours de nos observations qui font l'objet du chapitre quatrième.

## CHAPITRE QUATRIÈME

### Observations

OBSERVATION I. — Une thèse du Docteur Legrain. (Résumée).

D..., est un homme âgé de trente ans, d'une bonne constitution. Il ne porte pas de signe extérieur de dégénérescence, si ce n'est un léger prognathisme de la mâchoire inférieure, avec vicieuse implantation des dents.

Il a une hérédité chargée.

Du côté maternel, on note : « une grand-mère intelligente, mais nerveuse : toute sa vie, elle a eu des crises d'hystérie. La mère a eu un accès mélancolique, qui a duré six mois. Un oncle et trois tantes ont présenté des troubles mentaux.

L'oncle fut interné à 30 ans, pour troubles cérébraux. Déséquilibré, et d'une étrangeté excusive, il a des accès, suivis de retour à la santé. A 58 ans, à la suite d'un accès, il est atteint de dépression mélancolique.

Des trois tantes, la première, fut internée quatre mois à Dijon. Elle était âgée de trente deux ans. Exaltée, mal équilibrée, elle a donné le jour à deux fils paraissant indemnes ; mais l'un a engendré un sourd-muet ; l'autre, un fils polydactyle des deux pieds. La 2<sup>e</sup> tante est une mélancolique ; la troisième est

faible d'esprit. Cette dernière a donné le jour à un imbécile, hémiplegique gauche.

Dans les cousins germains, deux présentent encore des tares : le premier est un monomane, un débile ; le deuxième est un bizarre.

Du côté paternel, qui est beaucoup moins connu, on note un grand oncle, mal équilibré : un excité maniaque avec projets ambitieux. Un oncle mourut en bas âge à la suite de convulsion. Un autre, fut toute sa vie, un esprit remuant, qui ne peut fixer son attention sur rien. Une tante présenta des attaques d'épilepsie.

### Histoire du malade

C'est un homme d'une intelligence au dessus de la moyenne. Il est fils d'un ancien juge au tribunal de commerce, également très intelligent. Reçu bachelier ès-lettres et ès sciences en 1871, après avoir remporté de beaux succès au Lycée, il se dirige vers la carrière de droit, où son penchant l'appelle. Il est licencié en droit en 1874, reste inscrit au barreau de Nancy et y plaide pendant un an (1875). Il se fait inscrire ensuite à Beaune et y plaide pendant un an, (1876). C'est à partir de ce moment qu'apparaît le *déséquilibré* : il signale sa présence dans cette ville par une série d'extravagances : un jour, il se promène en robe d'avocat, le bonnet carré sur la tête. Une autre fois, il rentre au cercle de la magistrature à cheval.

Rappelé par son père, il ne tarde pas à se marier mais dans de mauvaises conditions : le commerce de son beau-père périclitait.

Il s'associe avec son beau-père et se met vite au courant des affaires, grâce à son intelligence. Il relève la maison, et en trois ans, il solde 90.000 francs de billets souscrits par son beau-père.

L'année du Krach 1882 arrive, ruine, et entraîne la faillite de beaucoup de ses débiteurs : il perd une centaine de mille francs. Cette perte achève de le déséquilibrer. Affolé, il déploie de l'activité, mais n'aboutit à rien. C'est alors qu'il est pris de

la *manie du jeu* ; il joue en vertu d'une impulsion irrésistible : les pertes les plus considérables ne l'arrêtent pas.

Vers la fin de cette même année (1882) il perd un enfant qu'il adorait : il eut à ce sujet une *crise de nerfs* ressemblant à de *l'hystéro-épilepsie*. Au cimetière, il perd subitement connaissance. Il reste ainsi une heure. A son réveil, on lui raconte qu'il s'est débattu, qu'il a déchiré ses vêtements, mais il n'a pas eu émission d'urine, ni moisure de la langue.

Interrogé sur ce qu'il a éprouvé : il ne se le rappelle pas bien : au début de la crise, dit-il, ce doit être un étouffement ; car mon premier mouvement a été de déchirer le col de ma chemise. Ce n'est pas la seule crise convulsive qu'il a eu. A plusieurs reprises il perdit connaissance à la suite de pertes au jeu à partir de ce moment, il devient de plus en plus extravagant. En 1883, il se rend coupable d'un crime qui eut pu entraîner pour lui les plus graves conséquences. Une nuit, couché aux côtés de sa femme, il s'éveille en sursaut, brise une porte vitrée et s'introduit dans la chambre d'une de ses cousines à qui il fait subir les derniers outrages.

A la fin de 1884 et 1885, il est pris d'*idées de suicide*, et on est forcé de tout cacher en fait d'instruments qui pourraient être dangereux pour sa vie.

Il ne joue plus, mais il est hanté par une *idée* : il veut découvrir le *mouvement perpétuel*.

Il cherche plusieurs mois la solution de son problème, en parle à qui veut l'écouter et ne s'occupe plus de sa maison qui va à grands pas à la ruine. Il est très exalté. En 1885, au mois de juin il semble plus tranquille, mais c'est pour quitter le foyer conjugal et se lier avec une maîtresse.

La maison est sur le point d'être déclarée en faillite : son beau-père fuit avec sa fille. Surpris de cette situation, dont il ne se rend pas compte vu son exaltation, il quitte lui-même sa maison dans les circonstances suivantes. Il passe la nuit à circuler dans sa fabrique, à tout emballer sans savoir pourquoi. Le matin, il reçoit par son courrier 50.000 francs ; somme suffisante pour conjurer la faillite, il met le tout dans sa poche sans

y faire attention, se fait conduire à la gare de l'Est, remet 5.000 francs à son groom et lui donne ordre de l'attendre.

Puis il se dirige vers la gare du Nord et part pour Londres. Dans cette ville, il loue un appartement meublé. Mais en passant devant un marché, il lui vient l'idée de faire *d'énormes approvisionnements* : il achète des caillies, des ananas etc, et expédie tout sur Bruxelles.

La faillite de sa maison est déclarée pendant ce temps et il se trouve inculpé de banqueroute frauduleuse sans en avoir la moindre conscience.

Ramené à Paris par un ami, porteur d'une trentaine de mille francs, il part le lendemain pour Marseille avec sa maîtresse, puis pour Monaco, où il achève de perdre ce qui lui restait. Retour à Marseille qu'il quitte aussitôt se dirigeant sur Vichy. Le lendemain, retour à Paris.

A partir de cet instant, ses facultés s'égarèrent. Ses actes laissent très peu de traces dans ses souvenirs. On lui a dit qu'il s'était rué sur sa maîtresse pour l'étrangler. Des amis l'installent à Robinson : il achète des chevaux sans songer comment il pourra les payer. Il est alors mis en état d'arrestation. Durant les premiers temps, il envisage sa situation avec indifférence. Il lui est impossible de trouver l'explication de sa conduite depuis 1882.

Peu de temps, après son emprisonnement, l'exaltation recommence : il est repris de l'idée de trouver le mouvement perpétuel : il passe son temps à écrire à ce sujet. Il est très surexcité. Il est alors admis à l'Asile Sainte-Anne. Une amélioration se produit, il se rend compte de sa situation qu'il déplore avec la plus entière sincérité. Ses souvenirs se sont peu à peu reconstitués, et il a pu faire un récit de son existence depuis 1882. Il est aujourd'hui complètement remis de son exaltation cérébrale.

OBSERVATION II. — Empruntée à la thèse du D<sup>r</sup> Bongrand  
(Résumée.)

M. L..., employé de commerce est d'une constitution médiocre, et d'un tempérament nerveux, très impressionnable.

Les antécédents héréditaires sont peu connus. Du côté paternel, on note un père qui a été maniaque, durant plusieurs mois, du côté maternel, la mère a présenté de l'agoraphobie et est une nerveuse.

**Histoire du Malade.**

Ce malade a eu dans son enfance une affection grave du poumon : vomique ce qui engage ses parents à l'envoyer terminer ses études dans le midi.

En 1859, de retour dans sa famille, à Lyon, des troubles nerveux s'emparent de lui : il devient *triste irritable*.

En 1860, il est pris de faiblesse dans les membres inférieurs, et cela, subitement dans la rue. Depuis lors, il craint que les jambes ne plient sous lui et évite de sortir. Cette crainte se change bientôt en frayeur. Au bout de deux mois, il éprouve de l'*angoisse*, quand il se trouve seul au milieu d'une rue ou sur une place. Cette teneur le saisit principalement lorsqu'il traverse un pont, une grande place, une grande rue, *agoraphobie*.

L'angoisse diminue, s'il est accompagné de quelqu'un. Sa canne suffit pour faire cesser cet accident inexplicable. Une forte distraction peut produire le même effet.

Ces phénomènes nerveux sont accompagnés d'un état névrotique accentué : le malade pleure et ne fait que répéter qu'il ne guérira pas.

Plusieurs mois, après le début de son affection, il eut un véritable *accès d'hystérie* avec larmes, convulsions cloniques, boule hystérique et défaillance sans perte de connaissance.

OBSERVATION III. — (Ballet). Résumée dans le travail  
de Marquezy.

D..., Adrien, rentre le 7 juillet à l'hôpital Broussais dans le service de Monsieur le Professeur Ballet.

Les antécédents héréditaires de ce malade nous sont connus : mais on ne sait s'ils appartiennent au côté paternel ou au côté maternel.

Il a eu un grand oncle aliéné ; un de ses grand-pères fut affecté de délire ; son père eut du délire ; une de ses sœurs est hystérique ; l'autre mélancolique.

**Histoire du Malade.**

Migraîneux et rhumathisant, D..., a eu une enfance malheureuse ; il est pris du désir d'apprendre et humilié de se trouver en contact avec des gens plus instruits que lui, il lit alors sans discernement tous les ouvrages qu'il rencontre et veut faire parade de son savoir.

En 1884, il a des attaques avec des pertes de connaissance à l'occasion d'une lecture, mais ne peut préciser la façon dont surviennent les accidents. En 1885, les phénomènes deviennent caractéristiques, il est poursuivi par l'*obsession d'un mot* rencontré par hasard sur une affiche ou entendu dans une conversation. Ce mot s'empare de lui, il le répète à voix basse sans discontinuer jusqu'à ce qu'il perde connaissance. Calculeux, susceptible, irritable, il renonce à son métier pour fixer les livres. A plusieurs reprises, à ces attaques, suivies de perte de connaissance on aurait noté des modifications de la sensibilité dans les membres. En 1887, à la suite d'une crise, on constate une hémianesthésie gauche modifiable par l'influence de l'aimant et une zone hystérogène dont la pression amène une aura caractéristique.

Quelques mois plus tard, dans son séjour à Broussais, on a noté une hémianesthésie gauche sensorielle et sensitive avec

hémiparésie du même côté, abolition du sens musculaire, au membre supérieur et diminution des réflexes pharyngien et laryngé.

Au mois de septembre, en 1888, les phénomènes d'*hystérie* en temps surtout qu'anesthésie sont plus accentués ; les stigmates de dégénérescence sont toujours les mêmes ; quand un mot frappe son esprit, il le répète, et dit qu'il le perd, il perd connaissance. Aussi, le malade a-t-il pris l'habitude d'écrire le mot qu'il répète sur un morceau de papier, de façon à le retrouver quand il en perd les premières syllabes. Cela lui a évité, dit-il, plusieurs fois des attaques.

Sous l'influence des douches et de l'iodure de potassium, l'amélioration arrive.

Chez ce malade, il y a déformation crânienne accusée.

#### OBSERVATION IV. — In these Roubinovitch. (Résumée.)

S..., Auguste, est âgé de 32 ans. Il est étameur de glaces et a fait plusieurs séjours dans les hôpitaux et en particulier à Ville Evrard, en 1890.

Son père est actuellement à Bicêtre : c'est un homme atteint d'alcoolisme chronique. Sa mère était sujette à des étourdissements.

#### Histoire du malade

D'une santé délicate, il a eu dans sa jeunesse *des convulsions*. En classe il apprenait difficilement, et c'est à peine si l'on a pu lui apprendre à lire et à écrire. Il s'est *masturbé* jusqu'à 25 ans.

A 20 ans, terrassé par un gros chien terre-neuve, il en a ressenti une vive frayeur ; et, rentré chez lui, il a eu des bourdonnements d'oreilles, puis est tombé dans une attaque d'*hystéro-épilepsie*.

A la suite de cette attaque, il est devenu paraplégique. Cette paraplégie, de nature hystérique, dura plusieurs mois, et il fut traité pour cela à Beaujon, en 1888.

C'est un impulsif depuis son enfance. A 18 ans, il a frappé un gardien de la paix et lui a déchiré sa tunique sans savoir pourquoi. Il est peureux, et court comme un effaré au milieu de la chaussée qu'il craint de traverser.

Il a été emprisonné plusieurs fois pour vagabondage (*agoraphobie*). A Beaujon, en 1899, il a essayé de s'empoisonner avec du vert-de-gris, à la suite de *dépression mélancolique*.

A l'examen de cet homme, on note une asymétrie cranio-faciale avec déviation du nez à gauche. Les lobules des oreilles sont adhérents.

Cet homme est atteint de dégénérescence : il présente de l'asymétrie faciale ; de l'agoraphobie. Il a cherché à se suicider. Il s'est livré à l'onanisme, C'est, de plus, un hystérique.

#### OBSERVATION V. — *Idem.* (Résumée.)

F..., Louis, est entré à Ville-Evrard, le 17 décembre 1888. Sa mère est morte à l'asile Sainte-Anne.

#### Histoire du malade

C'est un enfant naturel. Il n'a jamais pu apprendre à lire ou à écrire, ni aucun métier. Il a pissé au lit jusqu'à dix ans. Quand on le regarde, sa physionomie a le type asymétrique et a l'expression de débilité mentale.

En 1881, il était homme de peine chez un pharmacien. Sur l'ordre de son patron, il avait été cherché quelque chose, quand un garçon de pharmacie, habillé de blanc, ressemblant à un fantôme, est sorti de derrière le magasin. Il fut tellement impressionné qu'il tomba comme une masse inerte.

Puis, tous les deux jours, il eut à partir de ce moment, une crise ainsi caractérisée : Après un aura, constitué par un mal de tête et des battements dans les tempes, il se mettait à pleurer ; au même moment ses doigts se mettaient en contraction.

L'attaque durait dix minutes, puis tout revenait à l'état normal.

En 1885, à la suite d'une attaque, il est devenu hémiplégique gauche, et est resté dans cet état jusqu'en 1887.

A l'examen de cet homme, on a noté de l'hémianesthésie gauche avec un point hystérogène au niveau de la fosse iliaque gauche. Quand on touche ce point le malade éprouve une forte douleur.

Le champ visuel est rétréci à gauche et en haut.

Là, encore, il y a coïncidence de l'hystérie et de la dégénérescence. A l'hystérie, appartient le rétrécissement du champ visuel ; l'hémianesthésie à la dégénérescence ; la débilité intellectuelle, l'émotivité, l'asymétrie faciale, l'impossibilité d'apprendre un métier quelconque.

#### OBSERVATION VI. — *Idem.* (Résumée.)

J..., Adolphe, âgé de 18 ans, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 27 mars 1890. Il a une hérédité assez chargée. Son frère est épileptique et a des troubles mentaux. Son père est épileptique.

#### Histoire du malade

Il n'a commencé à marcher qu'à deux ans. Il a parlé à quatre ans. C'était un enfant *coléreux* et *méchant*. Jusqu'à 16 ans, sa santé était satisfaisante, mais un jour il reçut un coup sur la figure ; il fut pris alors de colère, et, le soir même, il eut une *crise de nerfs* avec chute, perte de connaissance. Son corps formait un arc de cercle. Il ne pouvait pas. Il n'y avait pas de morsures à la langue, ni de miction involontaire.

Il ne put, après cette première attaque, prononcer un mot pendant une heure. Puis, après une crise de pleurs, la parole revient.

Depuis cette époque, il a souvent des attaques à la suite de contrariétés.

Ce jeune homme est un hystérique. A l'examen, on note de l'hyperesthésie à droite. Du même côté, on trouve un point hystérogène dans la fosse iliaque. Il existe une diminution de l'acuité visuelle du côté droit, avec diplopie monoculaire.

On ne note pas de dyschromatopsie.

Mais, à côté de l'hystérique, il y a un dégénéré. Sans parler du développement physique tardif, il présente de l'asymétrie crânienne. Les lobules de l'oreille sont adhérents. Au niveau du menton, sur la ligne médiane, on note un sillon profond qui montre un arrêt de développement des deux moitiés du maxillaire inférieur.

#### OBSERVATION VII. — (Due à l'obligeance de M. Dufour.)

C..., Blanche est une jeune fille âgée de 22 ans. Son père a 63 ans, et est atteint de tremblement. Sa mère, âgée de 57 ans, est une femme nerveuse, d'un caractère irritable, emporté. Elle est migraineuse et fille de père asthmatique et de mère migraineuse.

Cette jeune fille est atteinte de dégénérescence mentale avec *idées de suicide*; de plus, elle est *hystérique*; voici son observation :

#### Histoire de la malade

Avant le mois de mai 1897, et depuis deux ou trois ans, elle se plaignait souvent de maux de tête. Au mois de mai, 1897, à la suite d'une discussion avec sa mère, la malade a une *crise d'excitation*, et parle à plusieurs reprises de s'empoisonner.

Après cette crise, elle quitte sa place de femme de chambre qu'elle occupait et va à la campagne chez des parents. Le 1<sup>er</sup> novembre, elle a une nouvelle *crise de nerfs*, (cris, pleurs).

Le 1<sup>er</sup> novembre, elle rentre chez sa mère qui constate des idées; elle dit à sa mère que son médecin l'a demandée en mariage.

On note aussi à ce moment des *hallucinations de la vue, de l'ouïe*.

Puis elle parle de se jeter par la fenêtre, de s'empoisonner avec des allumettes. Elle fait des *tentatives de suicide* ; se frappe la tête, cherche à se crever les yeux.

Plus tard, elle parle d'*idées religieuses* et veut entrer en religion.

Fière, orgueilleuse, de son naturel, elle se trouve malheureuse, se voit toujours persécutée,

Le 1<sup>er</sup> avril 1898, elle a une nouvelle crise.

La malade entre à l'Asile Sainte-Anne, le 4 avril et on procède à son interrogatoire et à son examen :

La malade raconte qu'elle a eu plusieurs crises de nerfs et dès le début de l'interrogatoire, elle a une crise de larmes et de sanglots.

Pendant son séjour à l'Asile, du 4 avril au 3 mai, on note quatre crises légères d'hystérie.

Sortie de l'Asile, le 4, elle y rentre quelques jours après, et est remise en liberté le 7 juin.

Elle va dans son pays ; mais on constate encore des *crises de nerfs* et des *idées de suicide*.

Elle revient à Paris, au mois d'Août et rentre dans le service de M. Magnan, le 3 décembre 1898.

Elle a toujours les mêmes idées de suicide. De plus, elle se voit persécutée ; si on la regarde, elle croit qu'on lui en veut.

A côté de ces signes psychiques de dégénérescence, il faut joindre les signes physiques : on observe du côté du crâne des déformations.

N'oublions pas de dire que l'intelligence de la malade est bien au-dessous de la moyenne. Jeune, elle apprenait très difficilement.

Ici, encore, il y a coïncidence de la dégénérescence et de l'hystérie.

OBSERVATION VIII. — Idem.

Prig..., Louise est une jeune fille âgée de 21 ans.

Elle est entrée à l'Asile Sainte-Anne, le 7 janvier 1898.

Comme antécédents héréditaires, nous trouvons fort peu de chose ; un père irritable ; un frère et une sœur nerveuses.

Le père est âgé de 64 ans : il est nerveux, irritable.

La mère n'est pas du tout nerveuse. De ce mariage sont nés onze enfants. Les huit premiers sont tous bien portants. Le neuvième est un garçon, très nerveux, il ressemble beaucoup à son père : il a des colères et se fâche pour rien. Le dixième est une fille très nerveuse qui se met en colère facilement, pleure beaucoup, surtout au moment des règles. Le onzième est la malade.

**Histoire de la Malade.**

La malade n'a pas eu de convulsions dans son enfance. Jeune, elle a joui d'une bonne santé.

A 17 ans, de calme qu'elle était, elle est devenue excitée, a perdu la mémoire, et a eu des *crises de nerfs* à cette époque pour la première fois. Elle criait, s'arrachait les cheveux, perdait connaissance, mais ne tombait par terre ; elle se débattait tout le temps sauf quelquefois à la fin de ses crises. Elle ne se mordait jamais la langue. Elle n'urinait jamais durant ses crises.

Il y a eu des crises où la malade ne perdait pas connaissance à la fin de la crise, et d'autres où elle perdait connaissance.

L'état paroxystique des crises a duré 8 jours avec trois à quatre crises par jour.

Pendant six semaines, elle allait mieux, dormait la nuit et avait moins de crises. Mais l'amnésie existait toujours.

Ce n'est qu'au bout de six semaines seulement que la malade a commencé à se rappeler ses crises. Mais ce n'est qu'environ 5 mois après qu'elle a repris son état normal. Elle n'avait plus alors de crises ; sa mémoire était redevenue bonne, mais elle

n'avait pas conservé le souvenir de ce qui s'était passé dans les huit premiers jours de sa maladie.

La malade était restée nerveuse, les crises avaient complètement disparu.

Elle fut placée alors bonne chez un fabricant de gants à la date du 4 août 1896.

Elle revint chez sa sœur, pour une angine le 2 décembre 1897. Et c'est vers le 10 décembre que la deuxième période de crises est revenue à la suite d'une contrariété avec sa sœur. Immédiatement, après la contrariété, la crise est apparue : elle n'a pas perdue connaissance.

A partir de ce moment, elle ne dormait plus la nuit, se croyait atteinte de scarlatine et se frottait avec de l'eau sédative pour se désinfecter : les crises ont alors augmenté jusqu'au 16 décembre. A ce moment, elle a pris en grippe sa sœur, chez qui elle était : elle fut obligée de la quitter. Partie chez une autre sœur, elle a eu des crises, mais sans perte de connaissance. Son sommeil est très excité.

Au même moment, elle a des *idées hypochondriaques*. Elle se passionne pour des *lectures stupides*.

A partir du 3 janvier 1898, elle a perte de mémoire comme à l'âge de 17 ans. Elle délire et dans son délire : elle veut aller se battre contre les Prussiens.

Ce récit est fait par une de ses sœurs chez qui elle était.

#### **Interrogatoire de la Malade.**

Elle dit bien son nom, son âge; sait où elle est.

Elle se rappelle les crises qu'elle a eues. Il est difficile de faire l'examen de la sensibilité. Cependant, si on la pince au bras gauche : elle dit ne rien sentir et n'accuse aucune douleur. A droite, au contraire, la sensibilité est très exagérée, et surtout la sensibilité à la douleur et au contact.

Ce qui est intéressant chez cette malade, c'est qu'on note le

passage de l'hyperesthésie d'un côté à l'autre, à quelques jours de distance.

On note de l'hémi-hyperesthésie pharyngée ; conjonctivale. Il semble ne pas exister de rétrécissement du champ visuel, et de dyschromatopsie.

Cette malade a *une peur exagérée du feu* : et l'idée du feu suffit pour lui rappeler une crise.

Ici, nous avons devant nous une hystérique, l'hyperesthésie, les attaques suffisent pour nous en convaincre ; mais ne faut-il pas voir dans cette impulsion à faire de mauvaises lectures, et dans cette peur exagérée du feu, des stigmates de dégénérescence. Cette jeune fille est atteinte d'hystérie et de dégénérescence.

#### OBSERVATION IX

Ruff. Isabelle est une jeune fille âgée de 17 ans. Elle est entrée à l'Asile Sainte-Anne, le 15 janvier 1898. Elle a une hérédité assez chargée. Son père vit encore, est vif et très emporté.

Sa grand-mère est morte, atteinte de paraplégie. Son grand-père s'est suicidé en s'empoisonnant : c'était un homme qui était triste, seul, depuis la mort de sa femme survenue quatre années auparavant. Ceci concerne le côté paternel. Du côté maternel, la mère seule présente des tares : c'est une nerveuse, une personne irritable. Elle a eu plusieurs attaques d'hystérie, surtout depuis son mariage.

#### Histoire de la malade

Vers l'âge de 15 ans, la malade étant dans un atelier, se faisait ramener le soir par des jeunes gens : Elle leur donnait des rendez-vous.

Pour l'éloigner de ses penchants, les parents la mettent en pension en Angleterre, mais les mêmes faits se reproduisent et

ils sont obligés de la reprendre chez eux. Malgré la surveillance, la plus attentive, elle entretient ses *relations avec des hommes de n'importe quelle condition* : peu lui importe.

Quand on lui fait des observations, elle s'emporte et à un tel point que sa mère n'ose plus lui faire de reproches. Malgré toutes les observations, elle ne peut cesser ses relations : elle y est poussée. Elle n'est heureuse que lorsqu'elle peut accomplir et mettre à exécution ses projets.

Elle fait des *récits imaginaires*, raconte que d'autres personnes lui aident à prendre ses rendez-vous et vont chercher ses lettres poste restante. Ces personnes sont au contraire celles qui mettent les parents au courant de la conduite de leur fille.

Un jour, prise de l'idée de se sauver, elle vole de l'argent dans la caisse de ses parents et se sauve. Elle reste trois jours sans qu'on puisse la trouver. Le 4<sup>e</sup> jour son père la rencontre avec un de ses employés. Elle rentre à la maison paternelle de plein gré : mais elle ne veut pas entendre d'observation. Elle n'a aucun regret de sa conduite mais est obsédée par la pensée de recommencer.

À l'examen de la jeune fille, on note des signes extérieurs d dégénérescence : déformation crânienne, dents mal implantées, voûte palatine ogivale. Au point de vue psychique. De plus, durant son séjour à l'asile Sainte-Anne, la malade a eu des crises avortées d'*hystérie* (sensation de boule, rires, pleurs).

Là encore nous trouvons une coïncidence de l'hystérie et de la dégénérescence.

Cette jeune fille est une nymphomane : elle recherche les hommes, quels qu'ils soient. De plus c'est une hystérique, elle a eu des crises, et fait des récits imaginaires.

#### OBSERVATION X

L..., Ernestine, est une femme âgée de trente huit ans. Elle a eu un père qui était alcoolique, et d'un caractère irritable. Sa

mère n'était pas nerveuse, et est morte à la suite d'un chaud et froid.

Elle a eu trois sœurs, qui, toutes sont très nerveuses. Une d'elle a eu même des crises d'hystérie. Parmi ses nièces, deux sont d'un caractère irritable et très méchantes.

### Histoire de la malade

La malade a été réglée à 18 ans. Et c'est à cette époque que remontent ses premiers rapports.

Au moment de ses règles, elle ressent des étouffements.

Elle n'a jamais fait d'excès alcooliques, mais des excès de coït.

La première fois qu'elle a eu des *convulsions*, c'est entre dix-huit mois et deux ans, à l'époque de ses grosses dents. Très nerveuse, elle a eu une perte de connaissance lors de l'extraction d'une dent (1896).

Depuis ce jour, elle se plaint de se sentir comme ivre ; elle a des vertiges, des sifflements d'oreilles.

Elle ne peut supporter aucun contact de la main et voudrait frapper toutes les personnes qui la touchent.

Elle ne peut sentir personne derrière elle, de *crainte d'être touchée*. Si par hasard, on la touche par la robe, elle tressaille.

Elle est entrée à l'Asile Saint-Anne, pour éviter des impulsions d'*automutilation*, de *suicide*, le 5 novembre 1897.

Elle a eu aussi des *idées érotiques*.

A la date du 14 novembre, la malade a eu deux crises d'*hystérie*. Tous les mois, à l'époque de ses règles, ces crises se renouvellent. Les crises ne s'accompagnent pas de perte de connaissance mais de tremblements dans les mains, la tête, les jambes. Il n'y a pas de morsure de la langue.

La malade se sent venir ses crises et elle demande à aller dans une cellule, pour qu'on ne la voit pas.

Les crises surviennent sous l'influence de plusieurs causes, soit de contrariétés, soit du bruit.

Les crises se terminent toutes par des pleurs.

Comme il a été dit plus haut, la malade ne peut être touchée sans éprouver une sensation désagréable, qui va même jusqu'à l'envie de frapper.

Cette hypéresthésie qui existe, qu'on touche la peau, ou les vêtements n'est pas toujours aussi forte ; car on lui a montré le ridicule de cette situation, et on l'a convaincue de la fausseté de ses interprétations. La malade s'est laissée toucher ; mais cela a été suivi d'un spasme qu'elle ne peut définir. Elle ne peut non plus expliquer cette peur.

A l'examen de cette femme, on note de l'hypéresthésie du côté droit. Il n'existe ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie.

Il y a de l'hypéresthésie de la langue du côté droit. Comme stigmates physiques de dégénérescence, rien à noter.

L'hystérie se trouve encore associée à la dégénérescence. Cette peur d'être touchée, les impulsions de suicide, les idées érotiques permettent de reconnaître la dégénérescence. Les attaques, l'hypéresthésie décèlent l'hystérie.

#### OBSERVATION XI. — Idem

F., Rachel, est une jeune fille âgée de 18 ans.

Elle a une hérédité assez chargée. Son père est un alcoolique et d'un caractère vif et emporté.

Sa mère est une nerveuse. Son frère est mort de convulsions à 6 mois. Elle a deux sœurs, l'une est bien portante, l'autre est une nerveuse et elle a eu une crise de nerfs au moment où on lui a appris qu'elle allait être opérée d'ovariosomie. Cette sœur hystérique a eu toute jeune des convulsions.

#### Histoire de la malade

Elle a été souvent malade, elle a eu la rougeole à quatre ans ;

une bronchite à douze ans et un embarras gastrique, il y a six mois.

Dès son enfance, le caractère de la malade a apparu inégal. Tantôt elle est très gaie, tantôt elle très triste. Elle est *ombrageuse* et en pension, elle croit que les autres élèves lui en veulent. Elle n'a pas d'affection pour les siens, s'occupe peu de ses parents, si elle les voit souffrir. De plus, elle est extrêmement menteuse et paresseuse.

Comme intelligence, elle est *arriérée* et en classe elle se trouve à seize ans, avec des enfants de onze ans pour passer son certificat.

C'est une personne très émotive. Dans son enfance, alors qu'elle était à l'orphelinat, la malade aurait été interpellé brusquement par un ouvrier qui lui aurait dit « regarde-moi ». Elle en aurait éprouvé une grande frayeur et il semblerait que cet événement constitue l'idée fixe qui provoque les *crises actuelles*.

Elle a eu une nouvelle émotion en 1898, qui fut suivie d'une *crise de nerfs*. Cette crise a été suivie de perte de connaissance, de paroles sans sens pour l'entourage, de sanglots.

La crise s'est répétée 8 jours. Puis les crises ont cessé et ont repris quelque temps après.

La malade entre à l'asile Sainte-Anne le 5 mai.

Depuis son entrée à l'asile, on ne note pas de crises, mais la malade est prise de terreurs nocturnes. Elle croit être poursuivie par quelqu'un qui lui veut du mal, elle se promène dans le dortoir et empêche les autres malades de dormir. Cette terreur procède d'une hallucination de la vue, car la malade voit une femme ou un homme, un être qui la menace.

A l'examen de cette malade, on note comme stigmates hystériques : de l'hypéresthésie ovarienne droite ; le rétrécissement du champ visuel.

De plus, la malade présente un développement physique incomplet.

Cette jeune fille est une dégénérée héréditaire et une

hystérique : le rétrécissement du champ visuel, l'hypéresthésie, les attaques nous le prouvent.

#### OBSERVATION

M<sup>lle</sup> Pil..., Lucie, est une jeune femme âgée de 19 ans, d'une bonne constitution.

Elle est entrée à l'asile Sainte-Anne le 27 janvier 1899. Comme signes extérieurs de dégénérescence, on note des malformations du côté des oreilles ; la voûte palatine est très ogivale. De plus, cette femme a l'aspect d'une géante, et par la voix comme par l'extérieur, on croirait plutôt avoir devant soi un homme qu'une femme.

Elle a une hérédité peu connue. On ne connaît rien sur les ancêtres. Les renseignements fournis concernent son père et sa mère. Sa mère est morte à 41 ans, d'une attaque d'hystéro-épilepsie. Elle avait la sensation d'une boule qui montait le long de l'œsophage. Elle se débattait ; a eu des crises. N'a jamais eu de morsure de la langue et d'incontinence.

Le père est mort à 51 ans, C'était un homme très irritable et très coléreux, qui faisait quelques excès de boissons.

#### Histoire de la malade

Cette jeune femme n'aurait pas eu de convulsions dans son enfance et se serait montrée jusqu'à l'âge de 12 ans très nonchalante.

Mariée à 16 ans à un vacher qui ne savait ni lire ni écrire, elle n'aimait point son mari qui, dit-elle, lui aurait été imposé par son père. Au bout de six mois de mariage, son mari l'abandonne après lui avoir fait subir de mauvais traitements. Le divorce est prononcé en 1897.

Si l'on continue son interrogatoire, cette femme nous apprend ce qu'il suit :

A l'âge de 12 ans, elle serait allée en Angleterre avec M. Andley, un ami de son père. Elle serait restée à Londres un mois. Là, elle aurait appris l'anglais. Elle revient avec son

professeur à Romilly, chez ses parents. Elle y reste trois semaines, le temps de faire sa première communion.

Elle va ensuite à Evreux, dans une pension, où elle reste un an. A ce moment, elle n'avait pas eu de crises de nerfs. Là, à Evreux, elle passe son brevet simple avec une dispense de trois ans.

Son père l'aurait envoyée à Carzin, ville de l'Afrique du Sud.

Revenue ensuite à Evreux, elle part au Havre et de là au Tonkin. La traversée dure 15 jours. Elle descend dans un port dont elle ne se rappelle pas le nom, mais où il y avait une belle chapelle des Beaux-Arts en marbre. Après trois heures de chemin de fer, elle arrive à Nankin, dans le Tonkin.

Elle enseigne le français comme sous-maitresse dans une école. Elle a comme élève en particulier la fille du gouverneur M<sup>lle</sup> Olga X...

Elle ne reste que trois mois au Tonkin, revient en 15 jours au Havre, après une traversée houleuse.

Du Havre, elle va à Beaumont-le-Roger et y passe avec succès son brevet de capacité. Elle est alors âgée de 15 ans.

A ce moment, elle paraît avoir eu quelques désordres cérébraux.

Elle était fiancée, depuis l'âge de 13 ans, avec un jeune homme de son pays, M. Pois... Ils avaient échangé des bagues. Entre l'âge de 13 ans et l'âge de 15 ans, elle ne revoit pas son fiancé. A 15 ans elle le revoit, mais il meurt six mois plus tard, à la suite d'un refroidissement. Elle en éprouve un énorme chagrin.

Elle se marie alors à 16 ans, contre son gré.

Elle n'est pas réglée alors. Elle ne l'est qu'à l'âge de 17 ans, quand son divorce fut prononcé.

Depuis son divorce, elle vivait au Havre, rue Magenta, n° 13. Elle donnait des leçons chez des particuliers, chez M. Lefebvre entr'autres. Elle revient à Romilly le 6 juillet 1898, pour la mort de sa mère. Depuis, elle reste chez son père, qui, trois mois après meurt.

Elle vient à Paris, le 7 décembre 1898.

Le lendemain de son arrivée, elle va à l'hôpital Necker et y reste 15 jours. Elle passe quatre jours dans le service de M. Le Dentu, puis va de là salle Petit chez M. Cassuet, qu'elle assure être le chef de service.

Sortie de Necker, elle a, le lendemain même, dans sa chambre, à l'hôtel, *une crise de nerfs*, et on la ramène à Necker, dans le service de M. Rendu. On lui fait prendre alors du bromure de potassium.

A quelque temps de là, elle sort à nouveau, a une nouvelle crise et est amenée à Tenon.

Il lui arrive enfin une histoire du même genre, rue du Faubourg-du-Temple, et de là on l'amène à l'infirmerie du Dépôt.

Pendant tout le temps que dure son interrogatoire, on note une très grande *cinotivité*, qui se traduit principalement par des sursautements, des attaques ébauchées, consistant en *convulsions* des yeux. La face paraît se porter presque toujours du côté gauche.

Elle dit avoir des *idées de suicide*.

Il ne faut pas mettre en doute ses récits, car elle devient alors irascible.

Telle est l'histoire de cette femme, d'après ce qu'elle raconte. Mais il est besoin d'avoir des renseignements sur elle. Or, voici ce que l'on a appris.

Cette femme a épousé, il y a trois ans, un vacher. Quelques jours après son mariage, elle a commencé à *désert* le domicile conjugal. Tout d'abord, elle l'abandonnait quelques jours, puis y revenait. Elle reçut alors des observations de sa belle-mère et de son mari, qui firent tout pour la faire revenir à de meilleurs sentiments. Rien n'y fit. Les absences devinrent plus longues encore, et ce fut pour cela que son mari demanda le divorce.

Dans le pays, cette femme *se livrait* à tout le monde.

A l'examen de cette femme, on ne note pas de dyschromatopsie. Il semble ne pas exister de rétrécissement du champ

visuel. Il existe des points ovariens à droite. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. A Sainte-Anne, la malade a eu de petites crises d'hystérie, la sensation d'une boule ; mais elle n'a jamais eu de grande attaque. A son entrée, ces petites crises qui étaient fréquentes sont en train de disparaître.

Cette femme est une dégénérée : elle présente des signes physiques de dégénérescence et des signes psychiques. Elle fuit le domicile conjugal et elle recherche tous les hommes, quels qu'ils soient. C'est une hystérique : elle a eu souvent des crises à Sainte-Anne. De plus, elle excelle à faire des *récits imaginaires*, récits que l'on entend souvent chez les hystériques.

## CHAPITRE CINQUIÈME

### ASSOCIATION DE L'HYSTÉRIE ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE. FRÉQUENCE DE CETTE ASSOCIATION.

L'hystérie se développe très souvent sur un fonds de dégénérescence mentale. Il est nombre de travaux, de mémoires, de thèses qui parlent de l'association de ces deux névroses.

Cette association, a été, nous dit Roubinovitch, dans sa thèse (1890-1891) signalée la première fois par M. le professeur Ballet, dans une note publiée dans les archives générales de médecine « contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés. »

Est-ce à dire qu'avant la publication de cette note de M. G. Ballet, en mars 1888, l'association des deux névroses n'était point connue? Non. On savait depuis longtemps que ces deux névroses avaient des relations entre elles. Et si l'association de la dégénérescence et de l'hystérie n'est affirmée que de cette époque, elle est signalée bien des années avant, dans les ouvrages d'Esquirol,

de Morel, dans les mémoires de la Société médico-psychologique.

Esquirol, dans son traité des maladies mentales, cite le cas de quatre femmes hystériques et de six individus hypochondriaques (c'est-à-dire hystériques) chez lesquels les tendances les plus prononcées pour les boissons fermentées sont venues compliquer la névrose principale et ont amené des phénomènes perturbateurs très variés.

Ne reconnaissons-nous pas là les stigmates de la dégénérescence ?

Morel, dans son traité des dégénérescences ; établit la différence des émotifs et des aliénés : « ce qui différencie les émotifs des aliénés, c'est qu'ils n'interprètent pas leur sensation à la manière erronée des aliénés ; ils ne les attribuent pas à l'influence de forces mystérieuses que leurs ennemis mettaient en œuvre pour troubler leur bonheur, et il ajoute, tout au plus pourrait-on les confondre avec les hypochondriaques et les hystériques.

Si cette confusion des émotifs et des hystériques a été fait, c'est que des stigmates d'hystérie se sont montrées à côté de ceux de la dégénérescence et d'ailleurs. Morel nous enseigne sur ce point. « Chez les femmes, dit-il, on observe parfois des spasmes et des étouffements (1). »

En 1850, dit Morel (2), je suis consulté sur la maladie du jeune comte de X..., dont l'état mental inspirait les plus vives inquiétudes. On lui avait fait quitter brusque-

(1) Esquirol. — *Traité des maladies mentales*. Paris 1838, tome 2.

(1) Morel. — *Traité de dégénérescence*.

(2) Tabaraud. — *Th.* Paris 1888.

ment ses études à Paris et on le ramenait en Allemagne, sa patrie, avec l'espoir que le voyage, la distraction dissiperait une mélancolie qui se traduisait au dehors par le refus de manger, les tendances au suicide et par des convulsions qui avaient quelques analogies avec l'hystérie »

Morel avait donc vu que la dégénérescence mentale s'accompagne de phénomènes d'hystérie.

Dubois d'Amiens (3) dit en parlant des hystériques :

« Ces malades sont poussés parfois à dire des injures, à prononcer des paroles obscènes, ils ont envie de se suicider. »

Nous voyons bien là l'empreinte des deux névroses, et il y a sûrement association de la dégénérescence mentale et de l'hystérie.

En 1879, dans un mémoire lu à la Société médico-psychologique, M. le professeur Ball dit :

« Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer des faits, en petit nombre, il est vrai, de claustrophobie ou peur des espaces fermés. Il serait important, ajoutait-il de rechercher l'état des malades atteints de cette affection et de noter s'il existe chez eux, de l'anémie, une affection cardiaque, une névrose, *particulièrement* de l'hystérie. »

Ball soupçonnait qu'à côté de la claustrophobie (1), forme de la dégénérescence, une autre affection pouvait venir se greffer : telle, l'hystérie.

Ces auteurs n'ont fait que signaler la possibilité de

(3) Tabaraud. — *Th. Paris* 1888.

(1) Société médico-psychologique. *Bulletin* 1879.

l'association de la dégénérescence et de l'hystérie. Mais maintenant nous rentrons dans une autre voie. Nous arrivons aux auteurs, qui affirment l'association des deux névroses.

M. Gilbert Ballet, le premier, exprime au mois de mars 1888, dans une note intitulée : « Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés » (2) sa pensée sur l'association de la dégénérescence et de l'hystérie.

« La combinaison des manifestations hystériques et des stigmates psychiques de dégénérescence, dit-il, n'a pas lieu de nous surprendre. C'est un fait bien connu en neuro-pathologie que la réunion possible chez le même sujet de manifestations nerveuses de nature différente.

Mais il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs que dans tous ces cas chaque névrose conserve sa personnalité et ses caractères cliniques propres.

En pathologie nerveuse, il n'y a pas d'hybrides. »

Quelques mois plus tard, au mois d'août de la même année, Marquezy, sur l'inspiration de M. le professeur Ballet, développe l'idée émise par son savant maître. « Dans un ouvrage intitulé « L'homme hystérique » (3), il montre que l'hystérie s'associe aux divers stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence : on a trop souvent tendance en clinique à rapporter à l'hystérie tous les phénomènes nerveux constatés chez les hystériques. Il est des phénomènes qui n'ont rien à voir avec la névrose. S'ils relèvent

(2) *Archives générales de médecine*, p. 274.

(3) Marquezy. — L'homme hystérique. *Bulletin médical* 1888, p. 1143.

d'une même cause l'hérédité défectueuse, ils relèvent d'un tout autre type nosologique que l'hystérie, »

La même année, Tabaraud (1), reprend sur l'inspiration de M. G. Ballet, cette question d'association de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. Il s'aide du travail de Marquezy et démontre, exemples à l'appui, que l'hystérie se trouve souvent associée à la dégénérescence.

Quelques années plus tard, (1890) Roubinovitch (2), note la coïncidence fréquente de l'hystérie et de la dégénérescence. Mais il n'envisage que l'hystérie mâle dans ses rapports avec la dégénérescence. Il démontre par une foule d'exemples et d'observations, l'association de ces deux névroses.

En 1894, G. Ballet (3), au Congrès de Clermont-Ferrand, s'écrie : « l'hystérie, on le sait, se développe sur un terrain tout préparé en quelque sorte, celui de la dégénérescence mentale. »

Au même Congrès, M. le Professeur Joffroy s'exprime ainsi : « L'hystérie se développe très souvent sur un fond de dégénérescence mentale. »

Il suffirait des affirmations de MM. les Professeurs Joffroy et Ballet, des thèses de Tabaraud et de Roubinovitch, pour dire : que la dégénérescence et l'hystérie s'associent souvent.

Mais jetons un coup d'œil sur les observations que nous avons citées. Dans presque toutes, l'association de

(1) Tabaraud. Th. Paris, 1888. Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence.

(2) Roubinovitch, Th. Paris, 1890-91. Hystérie mâle et dégénérescence.

(3) Revue neurologique. 1894. p. 481.

l'hystérie de la dégénérescence est indéniable. Pour n'en citer que quelques-unes, dans l'observation II, nous voyons un sujet agoraphobe et hystérique, dans l'observation III, un anomatomane et un hystérique, dans l'observation IX, une nymphomane et une hystérique.

L'hystérie et la dégénérescence s'associent donc souvent. Cette association est très fréquente : G. Ballet le proclame dans la note qu'il a inspirée à Marquezy. Et elle est même beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, car si l'on ne trouve pas autant de cas d'association de dégénérescence mentale et d'hystérie, c'est que comme le dit avec raison Roubinovitch ; « si l'hystérie est très bien connue dans les hôpitaux, on ne peut pas en dire malheureusement autant de la dégénérescence, on ne la cherche guère à l'heure qu'il est, chez les nombreux hystériques qui s'y présentent.

En revanche, dans les Asiles, où l'on s'occupe beaucoup du terrain dégénératif, l'hystérie reste souvent dans l'ombre. »

Aussi est-il du plus grand intérêt pour le médecin de faire en présence d'un hystérique un examen attentif, et de le répéter s'il le faut, pour voir s'il n'existe pas à côté de l'hystérie, des signes de dégénérescence. De même, en présence d'un dégénéré, recherchons s'il ne présente pas de stigmates hystériques.

Alors, nous verrons plus souvent qu'on ne le croit, la coïncidence des deux névroses sur le même individu.

Mais, dans quelle proportion, l'hystérie et la dégénérescence se combinent-elles, c'est-à-dire quelle est celle

des deux névroses qui vient le plus souvent se greffer sur l'autre ?

Il semble d'après nos observations que l'hystérie apparaît beaucoup plus souvent sur un sujet qui présente des signes de dégénérescence ; que la dégénérescence sur un sujet qui présente des stigmates hystériques.

Dans l'observation I, nous voyons l'hystérie apparaître beaucoup plus tard que la dégénérescence et cela à l'occasion de la perte d'un enfant.

Dans l'observation II, l'hystérie apparaît plusieurs mois après le début de la dégénérescence qui s'est annoncée par de l'ageraphobe.

L'observation IV nous montre l'hystérie qui vient se greffer sur un dégénéré héréditaire.

Il en est de même dans l'observation V.

Dans l'observation IX, on a devant nous une dégénérée, qui n'a présenté, que plus tard, des crises avortées d'hystérie etc.

En résumé, ces deux névroses s'associent dans des proportions fort diverses.

Bien souvent la dégénérescence est au premier rang et cache les stigmates hystériques. Tantôt, au contraire, l'hystérie domine la scène.

Mais nous pouvons dire, en nous appuyant sur les paroles de nos maîtres, sur les observations que nous avons citées, que l'hystérie et la dégénérescence sont fréquemment associées ; et qu'il suffit d'un oeil exercé, attentif, pour les décèler.

## CHAPITRE VI

### L'HÉRÉDITÉ EST LE FACTEUR COMMUN ÉTIOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE ET DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

Morel (1) fut le premier qui montra comment les affections mentales étaient unies entre elles par un lien commun, l'hérédité. Il montra leur alliance aux grandes névroses. Cette question, reprise depuis lui, est confirmée depuis longtemps ; et tous les mentaux s'accordent à dire comme le disait Trélat : « l'hérédité est la cause principale, unique, « la cause des causes ».

Ce que Morel avait fait pour les maladies mentales, fut une voie ouverte pour les maladies du système nerveux ; Charcot y revint souvent dans son enseignement.

Mais il était dû à un de ses élèves, à M. Ch. Féré, (2) d'émettre au grand jour, dans son livre intitulé « *Famille névropathique* » le rôle de l'hérédité dans les maladies du système nerveux.

(1) Morel. Traité des dégénérescences. 1857.

(2) Féré. Famille névropathique. *Archives de neurologie*. Ch. 1884. numéros 19 et 20.

M. le professeur Déjerine, dans sa thèse d'agrégation, dit (1) : « Pour le plus grand nombre des maladies nerveuses, on peut admettre qu'elles sont unies entre elles par un lien commun, l'hérédité.

Notre but n'est pas de montrer ici que l'hérédité est le facteur principal étiologique de toutes les maladies nerveuses.

Deux affections seulement nous occuperont : l'hystérie et la dégénérescence ; et nous chercherons à montrer que dans ces deux affections, l'hérédité est le facteur principal.

#### A. — *De l'hérédité dans l'hystérie.*

« La cause primordiale de l'hystérie, dit Charcot, est l'hérédité, que celle-ci soit similaire : mère hystérique, fille hystérique ; qu'elle agisse par transformation : le ou les générateurs, ou leurs descendants, étant atteints d'une affection nerveuse autre que l'hystérie elle-même. A côté de l'hérédité, il n'existe que des agents provocateurs de la névrose (2). »

Après M. Charcot, la voix d'un de ses élèves s'est élevée et a dit : « Il n'est pas douteux un seul instant que l'hérédité soit la dominante étiologique de l'hystérie ; en dehors d'elle, comme le disait Charcot, nous ne trouvons plus que les agents provocateurs de son éclosion (3). »

(1) Déjerine. Th. d'agrégation, 1886. L'hérédité dans les maladies du système nerveux.

(2) Leçons du mardi, à la Salpêtrière.

(3) Gilles de la Tourette. Traité de l'hystérie normale, page 48.

Il suffirait des paroles si autorisées de Charcot et de son brillant élève, M. Gilles de la Tourette, pour dire : « L'hérédité est la cause dominante, la vraie cause de l'hystérie. »

Mais examinons un peu cette question et voyons si la notion d'hérédité dans l'hystérie existe depuis longtemps.

Cette notion s'est perpétuée à travers les siècles et rien n'est plus explicite à ce sujet que le passage suivant emprunté à Frédéric Hoffmann (1) :

« *In fœminis, malum hystericum.... in liberos per nativitatem transire, constantis semper et perpetuae fuit observationis.* »

Mais ce fut surtout dans notre siècle, qu'on s'occupa de la question d'hérédité de l'hystérie.

Beaucoup d'auteurs ont traité ce sujet, aussi nous efforcerons nous d'être le plus bref possible ; et nous nous attacherons à ne mentionner que les principaux.

Georget, en 1837, dit :

« Parmi les causes qui prédisposent le plus à l'hystérie, citons « l'influence héréditaire ».

La plupart des malades ont parmi leurs proches parents des épileptiques, des hystériques, des aliénés, des sourds, des aveugles, des hypochondriaques (2). »

Après Georget, citons Briquet.

Comme le dit M. Gilles de la Tourette, aucun autre auteur n'a mieux étudié que lui cette importante question. Et c'est à l'aide de chiffres, après des examens, des

(1) Hoffmann. *Opera omnia*. T. III, de malo hystérico, chap. V. page 61.

(2) Georget. *Dict. médecine*, article hystérie.

observations sérieuses et répétées qu'il nous convainct.

Briquet (2) dit qu'il a trouvé dans les familles de 351 hystériques, se composant de 1103 personnes : 214 hystériques ascendants ou collatéraux et 58 autres maladies du système nerveux dont :

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| Epileptiques.....         | 13        |
| Aliénés.....              | 16        |
| Délirium tremens.....     | 1         |
| Paraplégie.....           | 1         |
| Somnambules.....          | 3         |
| Maladies convulsives..... | 14        |
| Total.....                | <u>58</u> |

En tout, 272 cas d'affections des centres nerveux pour 1103 personnes, c'est-à-dire près de 25 0/0. Et comme il a existé un certain nombre de mères et de sœurs dont les antécédents n'ont pu être connus et que parmi elles, il s'en trouvait certainement atteintes de ces maladies, on peut dire le chiffre 25.

Sur 704 parents de 167 non hystériques, Briquet trouve 11 hystériques, 3 aliénés, 1 nostalgique, ce qui donne 15 sujets atteints de névroses ; c'est-à-dire 2 1/8 pour 0/0.

On peut donc conclure de ces simples chiffres que chez les parents d'une hystérique, il y a douze fois plus d'hystériques.

L'hystérie est une maladie héréditaire par excellence

Hammond (3) cite une proportion beaucoup plus con-

(2) Briquet. Traité clinique et thérapeutique d'hystérie, 1859.

(3) Hammond. Traité des maladies du système nerveux. Labadie-Lagrave, 1875.

sidérable. Sur 209 cas, il a trouvé 131 malades avec des parents hystériques et beaucoup d'autres atteints de maladies nerveuses.

Plus près de nous, en 1884-1885, M. Charcot inspire à Batault son sujet de Thèse (1). Cet auteur cherche à démontrer l'influence de l'hérédité sur l'hystérie masculine. Il réunit 218 cas d'hystérie chez l'homme. Mais sur ces 218 cas, il n'y a que 100 observations dont les antécédents héréditaires soient notés. Sur ces 100 malades, Batault constate l'hérédité névropathique 77 fois. Ces 77 hystériques appartiennent à 75 familles. L'hérédité est directe dans 56 cas.

Ces 77 % d'hystériques mâles sont tous issus de souches névropathiques sur lesquelles il ne saurait planer aucun doute : et voici comment se décomposent les 56 cas d'hérédité directe.

35 mères névropathiques dont :

16 Hystériques, 17 impressionnables, 2 épileptiques.

12 Pères et mères nerveux dont :

Mères : 3 hystériques, et les autres, choréiques et atteintes de tics torticolis.

Pères : choréiques, aliénés, névropathes.

9 Pères seuls nerveux qui sont atteints de :

Chorée, aliénation mentale, névropathie, convulsions.

La même année, Peugniez, dans sa thèse « de l'hystérie chez les enfants, proclame que l'hystérie infantile relève de l'hérédité dans une proportion plus considérable que l'hystérie des adultes.

Batault. Th. Genève, 1885. Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.

Peugniez. Th. Paris, 1885. De l'hystérie chez les enfants.

Il réunit dans sa thèse tous les cas de Briquet, et y ajoute vingt-six observations, qu'il a puisées à la Salpêtrière.

Voici les cas cités par Briquet. Dans un premier tableau qui comprend 80 cas d'hystérie chez les enfants, il a trouvé 58 cas d'hystérie chez les parents ; 2 cas d'aliénation mentale ; 5 cas d'épilepsie, ce qui donne la proportion de 28 1/2 % de parents hystériques, épileptiques, aliénés, la plus grande part revenant de beaucoup à l'hystérie.

Dans un deuxième tableau, on note sur 120 hystériques, 87 cas d'hystérie chez les parents ; 5 Épileptiques, 4 aliénés. Ce qui donne la proportion de 27 %.

Dans un troisième tableau, où l'on consigne 223 hystériques, on note chez les parents : 133 hystériques, 8 épileptiques, 3 convulsions, 7 aliénés. Ce qui donne la proportion de 39 %.

L'hystérie infantile, dit Peugniez, relève de l'hérédité dans une proportion plus considérable que l'hystérie des adultes.

Cette grande loi de l'hérédité, si fatale pour les adultes paraît l'être encore davantage pour les enfants.

En 1886, M. le Professeur Déjerine, dans sa thèse d'agrégation (1) s'écrit :

« S'il est une névrose, dans laquelle l'hérédité ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie, c'est assurément l'hystérie ». Et dit-il, cette

(1) Déjerine. Th. agrégation. Paris 1888.

opinion fut l'opinion de Willis, Hoffmann (2), Caldwell (3), opinion défendue par Landouzy (4), Gaussail (5), Gintrac (5), mais que Georget surtout mit en relief.

En 1890, sur l'inspiration de Pitres, de Bordeaux, Bitot, étudia l'influence de l'hérédité sur l'hystérie mâle (1). Sur 22 cas, consignés dans sa thèse, les investigations au point de vue de l'hérédité névropathique furent positives dans 17 cas ; dans 3 cas, elles furent nulles ; dans deux le père était alcoolique.

Nous pouvons donc conclure que l'hystérie est une maladie héréditaire par excellence. En jetant un coup d'œil sur nos observations, il sera facile de noter que souvent le père et la mère étaient des nerveux, des hystériques, des épileptiques, des aliénés etc.

Mais il faut bien noter qu'en présence d'un individu atteint d'hystérie, il ne faut pas s'arrêter à demander des renseignements sur le père et la mère seulement, il faut fouiller dans les ascendants car quelquefois la maladie a pu sauter une génération.

L'hystérie a donc pour principale cause l'hérédité. Et l'alcoolisme, les maladies infectieuses, les traumatismes les perturbations morales ne jouent le plus souvent que le rôle d'agents provocateurs : elles réveillent l'hystérie qui sommeillait.

(1) Hoffmann. *Loc. cit.*

(2) Caldwell. *De hystéria*. Edimburgh. 1780.

(3) Landouzy. *Traité complet de l'hystérie*. 1846. p. 181.

(4) Gaussail et Gintrac. *De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitabilité nerveuse*. p. 147.

(5) Bitot. *Hystérie mâle*. Th. Bordeaux, 1889-90.

B. — *De l'hérédité dans la dégénérescence.*

A l'exemple de l'hystérie, la dégénérescence est une maladie héréditaire par excellence :

L'hérédité domine l'étiologie de la dégénérescence. Et elle la domine à ce point qu'on l'a considérée comme l'élément indispensable, nécessaire, indépendamment duquel il n'y aurait pas de dégénérescence (1)

Cette opinion est peut être trop exclusive, mais il faut bien le reconnaître : la majorité des dégénérés sont des héréditaires.

Si nous passons en revue les observations que nous avons citées ; nous trouvons dans toutes où la dégénérescence existe, et sur lesquelles il ne peut planer aucun doute, nous trouvons partout dans les ascendants, des hystériques, des épileptiques, des aliénés, des irritables. La dégénérescence est donc là, le résultat de la tare des ascendants.

Elle naît et dépend des affections dont sont atteints les générateurs.

Ce n'est pas ici, une hérédité homologue : on entend par « hérédité homologue », celle où les ascendants, atteints de dégénérescence donneraient le jour à un dégénéré. Cette hérédité est peu fréquente. Et l'on voit beaucoup plus souvent naître des dégénérés, d'ascendants atteints de maladies nerveuses : telle est l'hérédité par transformation.

(1) Traité de Médecine. — Charcot, Bouchard. Dégénérescence.

Parmi les affections nerveuses que l'on rencontre le plus souvent chez les parents de dégénérés nous pouvons citer en premier lieu les névroses, telles l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, les maladies mentales, l'originalité, la bizarrerie de caractère, puis la paralysie générale.

Est-ce à dire que les maladies nerveuses soient les seules capables de produire la dégénérescence ? Non. Elles tiennent de beaucoup le premier rang, mais il faut laisser une place aux intoxications, et surtout à l'alcoolisme. La dégénérescence est donc une maladie héréditaire.

On s'est beaucoup occupé de l'étiologie de la dégénérescence. Nous nous contenterons de citer l'opinion de M. Magnan (1), qui a résumé toutes les idées émises sur l'étiologie des dégénérescences mentales.

Cette question de l'étiologie des dégénérescences mentales, dit M. Magnan, a été étudiée sous tous ses aspects.

« Pour M. Falret, c'est l'influence héréditaire des ascendants dont il faut tenir compte. »

La dégénérescence pour lui, est fréquemment héréditaire et liée à d'autres maladies nerveuses.

« M. Christian insiste plus particulièrement sur l'état des parents au moment de la conception. »

« M. Bouchereau s'arrête aux affections développées pendant la vie foetale. »

« M. Cotard incrimine les maladies du jeune âge. »

(1) Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1887.

« Pour ma part, dit M. Magnan, je reconnais l'existence de toutes ces causes, mais d'après les faits, je ne puis m'empêcher d'attribuer la plus large part aux influences héréditaires. L'hérédité pèse de tout son poids sur les individus, surtout dans les affections du système nerveux. »

A l'exemple de Falret, de Magnan, nous dirons : c'est un point hors de contestation, l'hérédité domine la dégénérescence ; c'est la cause principale de la dégénérescence.

D'ailleurs, n'est-ce pas un principe reconnu, depuis le livre célèbre de Moreau de Tours « la psychologie morbide » que l'hérédité domine toute la pathologie mentale ?

Si nous voulons citer les noms de tous ceux qui ont recherché l'influence de l'hérédité sur les maladies mentales et ont fait des statistiques, ils sont nombreux :

Legrand du Saulle a fait 45 statistiques et la proportion d'héréditaires varie de 4 à 85 0/0.

Burrow admet l'hérédité dans les 6/7 des cas.

Esquirol, sur 265 cas, reconnaît 140 fois l'hérédité.

La proportion de Billod, est la plus grande :

« Il dit que sur 15000 cas, il n'a pas trouvé plus de 15 cas où aucune tare n'existait soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux ». Luys admet l'hérédité dans les 9/10 des cas.

L'hérédité rayonne donc sur toute la pathologie mentale : elle a une grande influence sur la genèse et l'évolution de la dégénérescence. Nos observations montrent presque toutes que la dégénérescence est une maladie

héréditaire par excellence. Et notons le bien : si l'hérédité est souvent méconnue, dans la dégénérescence c'est qu'il est quelquefois très difficile d'arriver à avoir des renseignements précis sur les ascendants.

## CHAPITRE SEPTIÈME

### ALTÉRATIONS IDENTIQUES DU MÉCANISME MENTAL DANS L'HYSTÉRIE ET LA DÉGÉNÉRESCENCE

Comme nous l'avons vu au chapitre qui précède, il existe un lien étroit d'union entre l'hystérie et la dégénérescence : c'est l'hérédité. Mais, à côté de ce lien, il en est un autre. Ces deux affections présentent des altérations identiques dans le mécanisme mental. Nous passerons donc en revue, tour à tour, les altérations du mécanisme mental dans la dégénérescence et dans l'hystérie, et nous montrerons qu'il existe dans les deux cas des anomalies d'intelligence, de caractère, d'inactivité, de volonté.

Et, tout d'abord, examinons la dégénérescence :

Chez les dégénérés, l'intelligence est affaiblie et mal équilibrée. Très faible chez l'imbécile et le débile, elle est quelquefois très élevée chez le dégénéré supérieur : car chez lui, ce n'est pas tant l'intelligence qui manque que le développement inégal des facultés.

Près de cette anomalie de l'intelligence, il existe, chez le dégénéré, des anomalies du sens moral. Leurs sentiments et leurs tendances sont perversis. C'est ainsi qu'on voit des personnes qui présentent, sans être folles, des particularités de pensées, de sentiments ou de caractère qui sont bien différents du commun et font d'elles un objet de remarque.

Leurs sentiments sont surtout mobiles. Qui n'a pas vu comment ces gens sont changeants dans leurs déterminations, instables dans leurs pensées? Ils passent souvent, et d'un instant à l'autre, de la joie à la tristesse; de l'enthousiasme au découragement: Ils sont incapables de fixer l'attention sur quoi que ce soit.

De plus, on note chez ces individus des bizarreries d'attitude, d'aspect, de conduite. On a encore devant les yeux ces excentriques, ces originaux, qui agissent toujours différemment des autres; qui ont une manière à à eux soit de se vêtir ou de se déshabiller, soit de marcher, etc.

Chez le dégénéré, l'émotivité et la volonté sont, elles aussi altérées. Les dégénérés ont des obsessions, des idées fixes, des impulsions. Ils ont une pensée qui les torture, les obsède, et une force impulsive les pousse à mettre à exécution leur idée. Ils ne s'arrêteront qu'au moment où l'acte sera accompli. De plus, ils ont encore une très grande difficulté pour exécuter des actes volontaires. Leur volonté est affaiblie; et cet affaiblissement les rend incapables d'agir.

La dégénérescence offre donc des altérations dans son mécanisme mental; jetons un coup d'œil sur l'hystérie.

Dans l'hystérie, l'intelligence est souvent altérée, amoindrie. Il arrive souvent à l'hystérique de se voir dans l'impossibilité d'acquérir des notions nouvelles ; l'instruction s'arrête tout d'un coup chez elle, quel que soit son âge.

Comme dans la dégénérescence, nous voyons dans l'hystérie la même difficulté, la même impossibilité de fixer l'attention.

L'hystérique ne peut fixer son attention sur quoi que ce soit. Elle est toujours distraite. Et ce qui est à noter, c'est la lenteur avec laquelle elle arrive à arrêter sa pensée sur quelque chose. A chaque instant elle se met à rêver ou à parler au hasard, et ce n'est qu'après bien des encouragements qu'on arrive à lui faire fixer l'attention. De plus, l'hystérique est facile à reconnaître à ses idées instables, à sa bizarrerie de conduite, d'attitude, de caractère.

Mais, ce qui est surtout à remarquer chez l'hystérique, c'est l'aboulie.

L'affaiblissement de la volonté est un des caractères principaux de l'état mental des hystériques. Il se fait sentir dans l'accomplissement des mouvements et des actes volontaires.

L'hystérique ne peut vouloir. Veut-elle fixer son attention : elle n'y arrive qu'après de multiples efforts et qui sont très pénibles.

La faiblesse de la volonté se traduit encore chez l'hystérique par l'impossibilité de s'opposer à une impulsion, d'arrêter un acte commencé, de chasser une obsession.

Aussi en présence, de la faiblesse, de l'intelligence, de

l'extabilité des idées, de l'inattention, de l'aboulie des hystériques, pouvons-nous dire, que l'hystérique et la dégénérescence offrent dans leur mécanisme mental des altérations identiques.

Comme le dit Janet; dans son livre intitulé. « Etat mental des hystériques » « les stigmates mentaux ». Ces traits appartiennent aux hystériques, mais aussi à bien d'autres malades.

Les malades atteints de la folie du doute, les obsédés, les impulsifs, « c'est-à-dire des dégénérés » présentent le même tableau : ils est vrai qu'ils sont tout à fait les proches parents d'hystériques.

Et plus loin, il ajoute « les imbéciles que décrivait récemment M. Sollier, quand ils ne sont pas trop inférieurs, ont les mêmes faiblesses et les mêmes défauts.

En résumé, l'hystérie et la dégénérescence, ont un lien d'union de plus : elles présentent les mêmes altérations de mécanisme mental.

## CHAPITRE HUITIÈME

### Résumé. — Conclusion

Par les chapitres qui précèdent, et par l'ensemble des observations que nous avons citées, nous croyons avoir démontré les liens étroits qui resserraient l'hystérie et la dégénérescence.

Ces deux affections sont souvent associées :

Les paroles et les écrits des plus grands maîtres tels que Morel, Ball; les affirmations de MM. les Professeurs Joffroy et Ballet, au Congrès de Clermont-Ferrand ne peuvent permettre aucune contestation à ce sujet.

De plus, les observations sont là, multiples pour le prouver,

L'hystérie et la dégénérescence, non seulement, côtoient sur le même terrain, et sont fréquemment associées : ce qui est le premier rapport que nous avons cherché à mettre en vue, dans l'étude de ces deux affections héréditaires par excellence.

La cause dominante qui prépare le terrain aux acci-

dents de la dégénérescence et de l'hystérie : c'est la prédisposition nerveuse héréditaire.

Nous avons observé le rôle important que jouait l'hérédité : Cet état, cette prédisposition, est la grande cause que l'on trouve à la tête de presque toutes les observations que nous avons citées.

Quelquefois, elle crée seule l'hystérie et la dégénérescence. Mais le plus souvent, elle est là qui prépare le terrain : et la moindre cause occasionnelle : l'alcoolisme, la misère, un traumatisme font éclater ces deux affections. Il n'y a pas, bien entendu, que l'alcoolisme, les traumatismes pour faire éclore l'hystérie et la dégénérescence ; il est encore bien d'autres causes ; toutes maladies infectieuses, les intoxications etc., les font naître.

Comme dans le chapitre où nous avons traité de l'association fréquente de l'hystérie et de la dégénérescence, nous avons montré, au chapitre de l'hérédité, que les paroles, les écrits, voire même les chiffres, étaient là pour bien mettre en relief le rôle de l'hérédité dans ces affections.

L'hystérie et la dégénérescence ont donc des rapports communs ; la co-existence sur le même individu, l'hérédité ; elles présentent aussi dans leur mécanisme mental, les mêmes altérations. On voit dans les deux affections les mêmes troubles de volonté, de caractère, d'intelligence. Aussi, en présence de liens d'union si étroits, nous semble-t-il permis de nous demander si l'hystérie et la dégénérescence ne présentent pas plus que des rapports ; et si l'hystérie n'est pas une des modalités de la dégénérescence.

Roubinovitch, ne dit-il pas, l'hystérie paraît être le résultat d'une évolution logique de la dégénérescence.

Legrain, avant lui, avait dit : « la majeure partie des hystériques, pour ne pas dire toutes, sont héréditaires dégénérés.

Tabaraud cite cette phrase :

« De là à dire que l'hystérie fait en quelque sorte partie de la dégénérescence, et qu'elle doit en être considérée pour ainsi dire comme un des syndromes, il n'y a qu'un pas. »

L'assimilation de l'hystérie et de la dégénérescence avait frappé bien avant, ceux qui avaient étudié ces deux maladies mentales.

Il existe, en effet, entre les deux affections les rapports les plus étroits, elles se touchent de plus près qu'on ne croit.

Aussi nous semblent-il permis de dire avec M. le professeur Joffroy :

« L'hystérie est une des modalités de la dégénérescence. » Mais que faut-il entendre par modalité ? Nous allons nous expliquer.

Nous n'entendons pas, par là, dire que l'hystérie et la dégénérescence sont deux mêmes affections, et qu'un hystérique serait un dégénéré.

L'hystérie a ses caractères propres à elle, bien précisés par M. le professeur Charcot, et elle restera toujours l'hystérie. Comme le dit Collin (1); l'hystérie a sa place

(1) Collin. — *Th. Paris*. 1897 Essai sur l'état mental des hystériques.

marquée au soleil et elle a des signes qui lui sont propres.

Il en est de même de la dégénérescence.

L'hystérie « modalité de la dégénérescence » veut dire qu'elle est une branche de la dégénérescence. Pour nous, à l'exemple de M. le professeur Joffroy, nous considérons que la dégénérescence porte son action sur tous les tissus et appareils, et surtout, sur le système nerveux, qui tient sous sa dépendance tous les autres. Elle est la mère communé de bien des lésions, et son domaine s'étend sur toute la pathologie mentale et la plupart des maladies nerveuses.

Aussi est-ce à ce titre, que l'hystérie rentre dans le domaine de la dégénérescence, et que nous disons que l'hystérie est une de ses modalités.

Nous ne pouvons mieux figurer l'hystérie que par une branche dont l'arbre serait la dégénérescence.

Nous appuyant sur les rapports d'union qui existent entre l'hystérie et la dégénérescence : fréquence d'association, hérédité; altérations identiques dans le mécanisme mental, nous avons cru pouvoir regarder l'hystérie comme le résultat de l'évolution de la dégénérescence.

De l'étude, que nous avons faite dans cet ouvrage, nous formulerons les conclusions suivantes :

1) L'hystérie et la dégénérescence sont deux affections qui s'associent fréquemment.

2) L'hystérie et la dégénérescence ont un facteur étiologique commun : la prédisposition héréditaire.

3) L'hystérie et la dégénérescence offrent les mêmes altérations dans le mécanisme mental.

4) L'hystérie et la dégénérescence sont deux affections unies étroitement.

5) L'hystérie et la dégénérescence ont plus qu'une communauté de rapports : l'hystérie est une branche, une « modalité » de la dégénérescence. C'est une des formes de la dégénérescence mentale.

6) Bien que sur les confins, la limite ne soit pas trop précise entre certaines manifestations de l'hystérie et de la dégénérescence, il peut conserver à l'hystérie son individualité et la distinguer des autres modalités de la dégénérescence.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

A. JOFFROY

VU : POUR LE DOYEN, L'ASSESSSEUR

C. PCTAIN.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS

GRÉARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALL. — Claustrophobie (Ann. méd. psych., 1879).
- BALLET. — Dégénérés héréditaires (Ac. de méd., 1888).
- Revue neurologique (1894).
- BATAULT. — Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme (Th. Genève, 1885).
- BITOT. — Hystérie mâle (Th. Bordeaux. 1890).
- BONGRAND. — Agoraphobie (Th. Paris, 1878).
- BUQUET. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie (1859).
- CADMUL. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau.
- CALDWEL. — De l'hysterica (Edimburgh, 1780).
- CHARCOT. — Leçons du mardi à la Salpêtrière (1888-1889).
- CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD. — Traité de médecine, t. VI.
- CHARCOT et MAGNAN. — Inversion du sens génital (Arch. de neurologie, 1885).
- Enomatiomanie (Arch. de neurologie, 1885).
- COLIN. — Essai sur l'état mental des hystériques (Th. Paris, 1890).
- DÉJÉRINE. — L'hérédité dans les maladies du système nerveux (Th. Agrégation, 1886).
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales (Paris, 1838, t. II).
- FÉRÉ. — Famille névropathique (Arch. neurolog. 1884).
- FOVILLE. — Folie instinctive (In nouv. dict. de méd. et chir., t. XV).

GAUSSAIL. — De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitabilité nerveuse.

GEORGET. — Hystérie (Dict. de médecine).

GILLE DE LA TOURETTE. — Etude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée de caprolalie et d'icholalie (Arch. neurol., 1885).

— Traité de l'hystérie normale.

GINTRAC. — De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitabilité nerveuse.

HAMMOND. Traité des maladies du système nerveux (1875).

HOFFMANN. — Opera omnia, t. III. De malo hystérico, cap. V.

JANET. Etat mental des hystériques « Stygmates mentaux ».

JOFFROY. — Revue neurolog. (1894).

— Folie choérique (Sem. méd., 1893).

LANDOUZY. — Traité complet de l'hystérie (1846).

LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés (Th. Paris, 1885).

LEGRAND DU SAULLE. — Agoraphobie (In Gaz, hôpitaux, 1877).

— La folie héréditaire (1873).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Hystérie chez l'homme (Arch. neurol. 1887).

MAGNAN. — Annales médico-psychologiques (1886).

— Leçons cliniques sur les maladies mentales (1887).

MARQUEZY. — L'homme hystérique (Bull. méd., 1888).

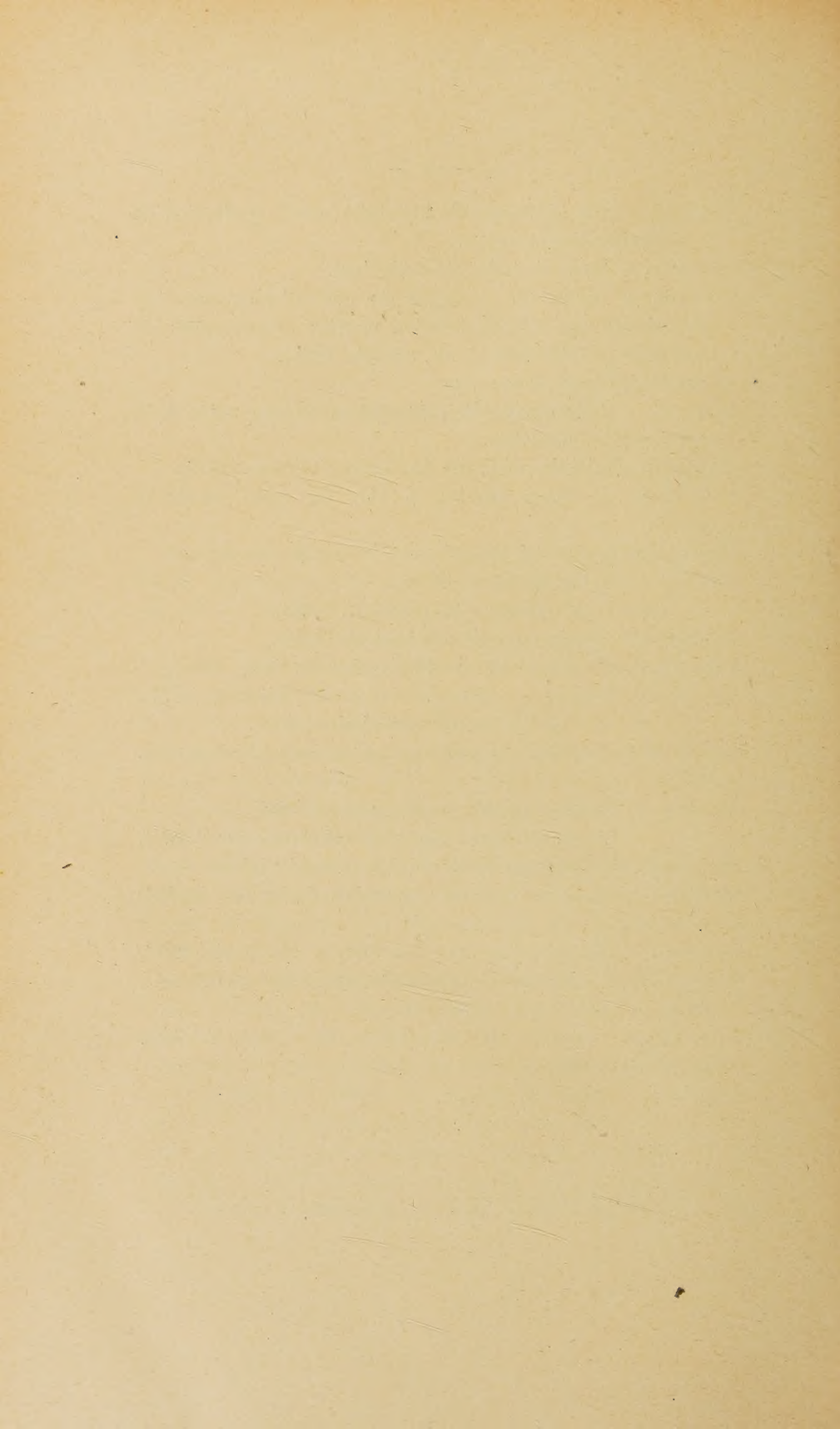
MOREL. — Traité des maladies mentales. Traité des dégénérescences.

PEUGNIEZ. — De l'hystérie chez les enfants (Th. Paris, 1889).

ROUBINOVITCH. — Hystérie mâle et dégénérescence (Th. Paris, 1890).

TABARAUD. — Rapports de l'hystérie et de la dégénérescence (Th. Paris, 1888).

TOULOUSE. — Causes de la folie.





---

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN & JAGUIN

---